Nr. 11. 13. marca 1932 Rok XI.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Bronisław STĘPOWSKI, st. asystent kliniki. Kraków.

Nowe odczyny biologiczne w ciąży.

Z kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J.
Dyrektor: prof. dr. J. Zubrzycki.

Spostrzeganie kliniczne i obrazy, uzyskane w czasie lekarskich oględzin zwłok, zwracały już od szeregu lat uwagę badaczy na związek, jaki zachodzi między gruczołami płciowemi, a przednim płatem przysadki mózgowej. Lecz właściwie dopiero głośne i rozstrzygające w tym względzie doświadczenia Aschheima, Biedla, Evansa i Longa stały się pobudką do dalszych szczegółowych prac w tej dziedzinie. Prace te wykazały, że działanie wyciągów z przedniego płata przysadki nietylko wywołują fizjologiczną czynność jajnika u nierozwiniętego zwierzęcia, ale że mogą również pobudzić do czynności jajnik i u zwierząt starych, których gruczoły płciowe już przestały funkcjonować. W myśl doświadczeń Aschheima i Zondeka, które dziś stały się własnością ogółu, wyciąg z przedniego płata przysadki mózgowej względnie pewne hormony wytwarzane w przedniej części przysadki, są czynnikiem wywołującym dojrzewanie i pękanie pęcherzyków Graafa, oraz tworzenie się ciałka żółtego. Odgrywają one zatem rolę jakby uczynniacza dla hormonów jajnikowych, działających wtórnie.

Wynik działania hormonów przedniego płata przysadki na jajnik ujawnia się w doświadczeniu na zwierzętach w postaci zmian zachodzących w jajniku, a określanych jako pierwszy, drugi i trzeci odczyn przedniego płata przysadki. Oznacza się je w skróceniu HVR I, HVR II i HVR III. Pierwszy odczyn przedniego płata przysadki (HVR I) cechuje się pojawieniem się w jajniku dojrzewających i pękniętych pęcherzyków Graafa oraz równoczesnem występowaniem objawów rui. Drugi odczyn (HVR II) polega na występowaniu wylewów krwi do pęcherzyków Graafa z naczyń otoczki pęcherzyka. Pęcherzyki te zazwyczaj jajeczek nie zawierają, a komórki ich warstwy ziarnistej zaczynają się już zmieniać w komórki ciałka żółtego. Trzeci odczyn biologiczny (HVR III), powstający pod wpływem zadziałania wydzieliny przedniego płata przysadki, zaznacza się tworzeniem ciałek żółtych zawierających jeszcze wewnątrz jajo *(corpora lutea atretica)*. Zmiany te zachodzące w jajniku cechują się taką swoistością dla hormonów płciowych przedniego płata przysadki, iż pojawianie się ich pod wpływem pewnych ciał stanowi dowód tego, że ciała te zawierają hormony płciowe przedniego płata przysadki.

Wydzielina przedniego płata przysadki znajduje się w każdej przysadce mózgowej przed i po okresie dojrzałości płciowej. Przedostaje się ona między innemi do krwi i do moczu, w warunkach jednak prawidłowych w ilościach tak małych, że nie można jej wykazać sposobami biologicznemi w zwykłem doświadczeniu, bez użycia szczególnych sposobów postępowania. W ciąży natomiast ilość jej we krwi i w moczu znacznie wzrasta, co powoduje, że podanie podskórne 1—2 cm³ moczu niedojrzałej myszce wywołuje u niej wyżej opisane odczyny. To wzmożenie się ilości wydzieliny przedniego płatu przysadki mózgowej w moczu kobiet ciężarnych zużytkowano w celu opracowania biologicznego sposobu rozpoznawania ciąży. (Aschheim i Zondek). Rozpoznawczy ten odczyn, znany pod nazwą odczynu Aschheima i Zondeka jest typowym odczynem biologicznym. Narządem doświadczalnym są w nim jajniki niedojrzałych myszy. Wykonuje się go w ten sposób, że pod skórę zwierzęcia doświadczalnego wprowadza się mocz w ilości 2—2,4 cm³ w sześciu dawkach. Jakkolwiek odczyn wykonuje się na pięciu myszkach, wystarcza do rozpoznania ciąży, aby wynik u jednej z nich był dodatni.

Pojedyńcze dawki moczu, podanego podskórnie wynoszą:

I. myszka 6 × 0,2 cm³ — 1,2 cm³, II. myszka 6 × 0,5 cm³ — 1,5 cm³, III. myszka 6 × 0,3 cm³ — 1,8 cm³, IV. myszka 6 × 0,3 cm³ — 1,8 cm³, V. myszka 6 × 0,4 cm³ — 2,4 cm³.

Odczyn zajmuje cztery dni, z których pierwsze trzy poświęcone są na podskórne podawanie badanego moczu. W myśl utartego zwyczaju podaje się pierwszego dnia dwie dawki, drugiego trzy, a trzeciego jedną. Zwierzę zostaje zabite po 96 godzinach, jakkolwiek dodatnie wyniki osiągnąć już można po 60—72 godzinach. W tym ostatnim wypadku jednak lepiej przeprowadzić próbę na większej ilości zwierząt. Odczytywanie wyniku próby odbywa się okiem nieuzbrojonem, względnie z pomocą lupy. Uciekanie się do drobnowidowego badania jest zwyczajnie zbyteczne.

Do zastrzyknięć używa się moczu rannego, gdyż, jak doświadczenie wykazało, zawiera on hormony w największem stężeniu. Mocz oddziaływać winien kwaśno i powinien być przesączony przez gęstą bibułę. Celem uniknięcia rozkładu moczu dodaje się do niego na każde 25 cm³ jedną kroplę trikresolu. Tylko nieznaczny odsetek (3%) moczów działa na zwierzęta trująco tak, że próby nie wytrzymują.

Odczyn Aschheima i Zondeka polega więc na wystąpieniu drugiego i trzeciego odczynu przedniego płata przysadki po podaniu podskórnem odpowiedniej ilości moczu ciężarnej niedojrzałym płciowo myszkom. Wystąpienie pierwszego odczynu nie jest dla rozpoznawania ciąży miarodajnem, gdyż pojawia się on także i po wstrzyknięciu moczu kobiet nieciężarnych w rozmaitych stanach patologicznych, a nawet fizjologicznych (Choroba Basedowa, rak, zaburzenia miesiączkowania, okres przekwitania i t. d.).

Sposób rozpoznawania ciąży, opisany przez Zondeka i Aschheima wywołał łatwo zrozumiałe zaciekawienie u badaczy zajmujących się zagadnieniem rozpoznawania ciąży tem bardziej, że wyniki, ogłoszone przez jej twórców, potwierdzone zostały w krótki czas potem przez szereg innych autorów (Erkhardt, Siebke, Figurnow, Kraus, Neufeld, Karsten, Schulz, Brühl i inni). Odsetek mylnych rozpoznań waha się, w myśl ogłoszonych w ostatnim czasie prac, między 1—2%, jest to zatem cyfra, która sama przez się świadczy wystarczająco o wartości praktycznej próby (Mack, Wahl, Finkel, Becker, Lassen, Ammon).

Nadmienię w ogólności, że wyniki doświadczeń odnośnie do próby Aschheima i Zondeka podzielić trzeba w zasadzie na dwie części. Pierwsza część obejmuje kobiety nieciężarne, druga będące w ciąży. W myśl doświadczeń Aschheima grupa nieciężarnych daje tylko 0,75% pomyłek t. j., że odczyn Aschheima i Zondeka wypada dodatnio u kobiet nieciężarnych tylko w 0,75% przypadków, a więc w znikomym odsetku, a i w tych 0,75% mogą być przypadki, w których rozpoznanie ciąży wogóle w grę nie wchodzi. To, rzecz jasna, podnosi wartość praktyczną samego odczynu. W grupie drugiej trafia się około 1,7% pomyłek, które wynikają z tego, że u 1,7% kobiet ciężarnych, jak to podaje odnośne piśmiennictwo, odczyn ten wypada ujemnie.

Pomimo jednak tych odsetkowo tak dobrych wyników, uzyskanych odczynem Aschheima i Zondeka w rozpoznawaniu ciąży, dały się słyszeć zastrzeżenia, wypowiadane przeważnie przez autorów francuskich Brouha, Hinglais i Simonneta, którzy podkreślali pewne trudności techniczne próby i starali się ją zmienić lub zastąpić przez inną. Uważali oni naprzykład, że odczyn jajników na zadziałanie moczu kobiety ciężarnej nie jest we wszystkich przypadkach jednakowy. Nie we wszystkich przypadkach drugi odczyn przedniego płata przysadki wypada zupełnie wyraźnie. Częstokroć też, w myśl podania autorów francuskich w 50% przypadków, z powodu niewielkiego nasilenia odczynu obok oględzin gołem okiem lub lupą okazuje się koniecznem poddanie jajników badaniu drobnowidowemu. To w praktyce, rzecz jasna, może powodować pewne trudności. Co więcej, zaznaczyć należy i podkreśla to sam Aschheim, że nawet przy dokładnem badaniu drobnowidowem możliwe są pomyłki, jakkolwiek trafiają się one tak rzadko (15:12000), że nie mogą mieć większego znaczenia praktycznego. Powodem zaś ich, to znachodzenie się czasami w jajnikach zwierząt niedojrzałych zespołów komórek, składających się z komórek wielkich, przypominających z wyglądu komórki luteinowe. Nie są to jednak komórki ciałka żółtego zanikającego lecz raczej komórki podobne do komórek warstwy korowej nadnercza. Pomyłkę ich z komórkami ciałka żółtego wykluczyć można po przeglądzie serjowym preparatów drobnowidowych. Poza innemi były także i zastrzeżenia natury materjalnej. Nie ulega bowiem wątpliwości, że przeprowadzenie na wielką skalę próby biologicznej Aschheima i Zondeka w zakładzie pociąga za sobą koszta i niewygody. Faktem jest, że zwierzęta doświadczalne nie powinny być starsze nad trzy tygodnie i ważyć nie więcej jak 8 g. Młodsze giną w czasie doświadczenia, starsze i cięższe mogą już być dojrzałe lub zbliżać się do okresu dojrze-

wania, co staje się powodem spaczenia wyników i powoduje omyłki rozpoznawcze. Liczba zwierząt doświadczalnych, określona przez autorów odczynu na 5, wydawać się może również w masowych badaniach za wysoką. Stąd usiłowania uzyskania niezawodnych wyników przy równoczesnem ograniczeniu liczby zwierząt doświadczalnych. Wypadły one naogół pomyślnie, jakkolwiek przyznać trzeba, że odstąpienie od pierwotnej zasady i zmiana schematu odczynu wpływa niekorzystnie i na odsetek niewątpliwie pewnych wyników. Dlatego mimo pozornego uproszczenia ogólnie przyjętego sposobu postępowania przez ograniczenie liczby użytych do doświadczenia myszy, z tych względów właśnie nie znalazło ono powszechnego zastosowania. Jako przykład zmienionej próby A s c h h e i m a i Z o n d e k a posłużyć może schemat M a u r i z i a, który zmniejszył liczbę zwierząt doświadczalnych do trzech i zmienił odpowiednio ilość zastrzyków i ilość podawanego moczu, podając go w dawkach 0,25, 0,3 i 0,4 cm^3, pięć razy każdemu zwierzęciu.

Występowanie odczynu pierwszego przedniego płata przysadki nie ma, jak to już wspomniałem, dla rozpoznania ciąży żadnego praktycznego znaczenia. A jednak właśnie ten odczyn, któremu przez pewien czas przypisywano w rozpoznawaniu ciąży rolę równie poważną, jak i odczynowi II. i III., stał się pobudką do podjęcia doświadczeń na samcach, mających na celu wykazanie, że zmiany pojawiające się w narządach płciowych męskich pod wpływem moczu ciężarnych są o wiele lepszym wskaźnikiem rozpoznawczym, niż zmiany w jajnikach. Doświadczenia te związane z nazwiskiem L. B r o u h a, H. S i m o n n e t a i H. H i n g l a i s zachęciły i innych autorów do sprawdzenia ich wyników. Zaznaczyć należy, że niezależnie od badaczy francuskich zapoczątkowane zostały badania, zmierzające do tego samego celu i oparte na tych samych przesłankach przez C z y ż a k a i P r o c h o r o w a oraz przez N e u m a n n a.

Technika odczynu B r o u h a i S i m o n n e t a nie różni się w drobnych szczegółach od techniki odczynu Z o n d e k a i A s c h h e i m a. Zwierzętami doświadczalnemi są tu jednak samce. Do wykonania próby wystarcza jedno zwierzę, wagi 8—15 g, któremu podaje się podskórnie w ciągu 8—11 dni po 0,1—0,3 cm^3 moczu na dobę. Zwierzęta zabija się w dwadzieścia cztery godzin po ostatniem zastrzyknięciu, a proste oględziny pęcherzyków nasiennych mają wystarczyć, aby określić wynik doświadczenia. Odczyn ten pozwalający na rozpoznanie ciąży już w dwa tygodnie po terminie niedoszłej miesiączki ma w założeniu swojem pewne dodatnie strony. Jest to przedewszystkiem odczyn tylko makroskopowy, a dalej wymaga on użycia znacznie mniejszej ilości zwierząt, niż odczyn Z o n d e k a i nie ogranicza się li tylko do zwierząt niedojrzałych, a więc więcej wrażliwych na trujące działanie moczu.

Pod wpływem moczu ciężarnych wstrzykiwanego podskórnie niedojrzałym myszkom samcom przychodzi do przerostu przedewszystkiem pęcherzyków nasiennych i gruczołu krokowego, łatwego do stwierdzenia gołem okiem. Waga wspomnianych narządów, które dochodzą do wielkości właściwej tylko samcom dojrzałym i wypełnione są białawą wydzieliną wzrasta prawie pięciokrotnie. Należy podkreślić, że wpływ ten moczu ciężarnych zaznacza się i u zwierząt starszych, chociaż nie tak wybitnie. Bądź co bądź jednak różnica wagi u zwierząt starszych, poddanych działaniu moczu ciężarnych i zwierząt kontrolnych wynosi dla pęcherzyków nasiennych około 100 mg (normalnie zwierzęta 160, doświadczalne 260 mg), dla jąder około 40 mg (normalne zwierzęta 120, doświadczalne około 160 mg).

Spostrzeżenia B r o u h a i S i m o n n e t a potwierdzone zostały w ostatnim czasie przez kilku badaczy (M a u r i z i o, G a r c i a O r c o y e n, K r a u s), którzy odczyn ich stosowali, jako wskaźnik w rozpoznawaniu ciąży, obok odczynu Z o n d e k a, zachęceni uproszczoną stroną metody i pewnemi korzyściami natury technicznej. Niektóre z tych doświadczeń miały znaczenie tylko teoretyczne. Nie ulega jednak wątpliwości, że pewni autorowie stosowali także próbę francuską dlatego, że umożliwia większą swobodę w wyborze materjału zwierzęcego. W osądzaniu wartości praktycznej odczynu B r o u h a i S i m o n n e t a nie można zapominać, że pomyślany on został jako odczyn makroskopowy. Rozciągnięcie zastrzyknięć moczu na przeciąg 8—11 dni daje prawie bezwzględną pewność, że zmiany pojawiające się w obrębie pęcherzyków nasiennych i gruczołu krokowego tak się w tym czasie uwidocznią, iż dostrzec je będzie można gołem okiem. Dłuższy jednak czas trwania próby jest zarazem i jej słabą stroną, gdyż czyni iluzorycznem zastosowanie jej we wszystkich tych przypadkach, w których chodzi o postawienie szybkiego rozpoznania. Pomimo, że spostrzeżenia C z y ż a k a i P r o c h o r o w a — zdają się przemawiać za możliwością skrócenia dziesięciodniowego okresu trwania próby na samcach do stu godzin, coby wpłynęło znacznie na jej wartość w praktyce, to przecież skrócenie czasu trwania próby B r o u h a i S i m o n n e t a pociąga za sobą zwiększenie ilości zwierząt doświadczalnych, a co za tem idzie i pewne trudności materjalnej natury. Dlatego też w czasie wykonywania próby B r o u h a i S i m o n n e t a przestrzegaliśmy ściśle przepisów autorów, zastrzykując myszkom-samcom wagi 8—10 g po 0,1—0,4 cm^3 moczu przez dni osiem do 11-stu. Myszki, zabite gazem świetlnym, sekcjonowano i porównywano ich organy płciowe z narządami płciowemi myszek kontrolnych. Wyniki sekcyj naszych w zupełności pokrywają się ze spostrzeżeniami B r o u h a i S i m o n n e t a.

W czasie oględzin jamy brzusznej zabitego zwierzęcia rzucały się przedewszystkiem w oczy znacznie powiększone i wypełnione białawą wydzieliną pęcherzyki nasienne. Różnica między temi narządami u zwierząt doświadczalnych i kontrolnych była tak wielka, że wynik próby nie nastręczał żadnych wątpliwości. Przerost gruczołu krokowego u zwierząt poddanych działaniu moczu ciężarnych zaznaczony był również bardzo wybitnie. Uderzająco znikome były natomiast zmiany w jądrach, których gołem okiem stwierdzić się nie dało.

Pewne odchylenie od tego zasadniczego schematu sekcji dały się stwierdzić przy użyciu do odczynu B r o u h a i S i m o n n e t a niedojrzałych białych szczurów-samców wagi około 30 g. Technika samego odczynu została tu odpowiednio zmieniona w związku z większą wagą zwierząt doświadczalnych, którym podawano pod skórę odpowiednio większe dawki moczu. Wynosiły one po 0,4 cm^3 moczu na dobę w okresie 10 dni. I tu sekcja i oględziny pęcherzyków nasiennych, gruczołu krokowego i jąder nie nastręczały żadnych wątpliwości co do dodatniego wyniku próby. Podkreślić jednak należy, że powiększenie się jąder u szczurów pod wpływem wstrzykiwanego moczu ciężarnych zaznaczało się wybitniej, niż to stwierdzano u myszy.

Nie ulega wątpliwości, że w przeciwieństwie do odczynu A s c h h e i m a i Z o n d e k a próba B r o u h a i S i m o n n e t a pozostaje dotąd w okresie doświadczeń. Ale już dziś powiedzieć można, że poza dodatniemi stronami posiada ona i wybitną cechę ujemną t. j. długi czas trwania i dlatego w wypadkach nagłych nigdy nie będzie miała większego znaczenia.

Z przeprowadzonych w klinice chorób kobiecych U. J. od szeregu miesięcy prób kontrolnych odnośnie do wartości praktycznej odczynu A s c h h e i m a i Z o n d e k a poddam ocenie 25 przypadków, w których odczyn ten wykonany był wspólnie z odczynem B r o u h a i S i m o n n e t a. Dotyczą one:

Ciąża prawidłowa — 12 przypadków. Ciąża pozamaciczna — 4 przypadki. Mięśniaki macicy — 2 przypadki. Zatrzymanie miesiączki — 6 przypadków. Torbiel ciałka żółtego — 1 przypadek. Razem — 25 przypadków.

Wszystkie przypadki przebadane były dokładnie, a ostateczne ich rozpoznanie kliniczne nie ulegało wątpliwości.

W zespole wspomnianych 25 przypadków zyskaliśmy wyniki zgodne dla obu wspomnianych odczynów biologicznych 24 razy (96%), wyniki niezgodne 1 raz (4%). Wyniki próby A s c h h e i m a i Z o n d e k a potwierdzone zostały we wszystkich przypadkach przez następowe badanie kliniczne względnie zabieg operacyjny. W dwóch przypadkach (8%) odczytanie wyniku odczynu umożliwiło dopiero badanie drobnowidowe.

Odczyn B r o u h a i S i m o n n e t a wypadł niezgodnie z rzeczywistością raz, a więc dał w naszym zespole 4% pomyłek. Zastrzec się trzeba, że w myśl założenia autorów francuskich traktowano go tylko jako próbę makroskopową. Rzecz prosta, że nieznaczna ilość przebadanych przypadków nie uprawnia do wyciągnięcia daleko idących wniosków, jeśli chodzi o stwierdzenie odsetkowe omyłek w odczytywaniu próby B r o u h a i S i m o n n e t a, wystarcza jednak, aby ocenić jej znaczenie praktyczne.

Jeżeli chodzi o porównanie obu odczynów biologicznych podkreślić trzeba, że zazwyczaj wynik odczynu A s c h h e i m a i Z o n d e k a pokrywa się w zasadzie z wynikami próby B r o u h a i S i m o n n e t a (C z y ż a k, P r o c h o n ó w, N e u m a n n). W naszych przypadkach z wyjątkiem jednego, w którym odczyn B r o u h a i S i m o n n e t a nie wypadł zgodnie z odczynem A s c h h e i m a i Z o n d e k a, a który wymaga osobnego omówienia, nigdy wynik próby autorów francuskich nie stał w sprzeczności z wynikiem odczynu Z o n d e k a i A s c h h e i m a.

Wspomniane przypadki nie odznaczały się pod względem klinicznym żadnym charakterystycznym szczegółem, któryby zasługiwał na omówienie. Zasługuje na uwagę tylko ich stosunek do obu odczynów biologicznych. Z dwunastu prawidłowych ciąży, wszystkie dotyczyły osób, które zgłosiły się do kliniki w krótki czas po terminie niedoszłej miesiączki. Badanie fizykalne nie usunęło wątpliwości ze względu na brak wyraźnych objawów ciąży. Odczyn A s c h h e i m a i Z o n d e k a oraz B r o u h a i S i m o n n e t a wykonywany był każdorazowo w terminie 3—4 tygodni od czasu przypuszczalnego zagnieżdżenia się jaja w macicy. Wynik odczynów potwierdziło następowe, powtórne badanie, względnie zabieg operacyjny. Zgodność wyników obu odczynów była zupełna.

Sześć przypadków czasowego zatrzymania się miesiączki z najrozmaitszych powodów poddanych było badaniu klinicznemu przez dłuższy lub krótszy okres czasu. Odczyny Aschheima i Zondeka oraz Brouha i Simonneta wykonywane były w nieistniejących objawach ciąży przeważnie na życzenie chorych. Pojawienie się miesiączki i następowe powtórne badanie potwierdziło w zupełności wynik ujemny prób biologicznych. I w tej grupie zgodność obu odczynów zaznaczała się bardzo wyraźnie.

W przypadku torbieli ciałka żółtego odczyn Aschheima i Zondeka i Brouha i Simonneta wykonany był z jednej strony ze względu na wywiady, które uderzająco przypominały wywiady charakterystyczne dla ciąży pozamacicznej, z drugiej ze względu na stwierdzenie badaniem oburęcznem w obrębie przydatków guza, który konsystencją swoją i wielkością uprawniał do przypuszczenia, że jest to rozwijające się w jajowodzie jajo. Wynik ujemny odczynów Aschheima i Zondeka oraz Brouha i Simonneta potwierdzony został przez następowy zabieg chirurgiczny.

W dwóch przypadkach mięśniaków macicy ujemny wynik odczynów biologicznych posłużył jako dowód, że ciąża nie istnieje. W obu zachodziły wątpliwości, czy ciąża nie rozwija się w macicy zniekształconej przez mięśniaki, a ujemny wynik odczynów był jedną więcej zachętą do wykonania zabiegu operacyjnego. Potwierdził on w zupełności wynik prób biologicznych. Zgodny z rzeczywistością, a w naszych przypadkach ujemny wynik prób biologicznych uprawnia do twierdzenia, że dodatni wynik odczynów Aschheima i Zondeka oraz Brouha i Simonneta uchronić może w przypadkach ciąży w macicy, zawierającej mięśniaki, operatora od przykrych niespodzianek.

Z czterech przypadków ciąży pozamacicznej dwa dotyczyły rozwijającej się, świeżej ciąży jajowodowej. Wywiady, badanie fizykalne i spostrzeganie kliniczne przemawiały za jej istnieniem. Zabieg operacyjny potwierdził w zupełności wynik obu prób biologicznych. W przypadku trzecim chodziło, jak wykazał zabieg, o ciążę przerwaną przed kilku dniami poronieniem jajowodowem z wylewem krwi do jamy brzusznej. Wynik obu prób biologicznych był dodatni.

Przypadek czwarty zasługuje na osobne omówienie ze względu na różnicę wyników obu prób rozpoznawczych i dlatego opiszę go nieco szerzej poniżej:

Dotyczy on chorej P. L. N., l. 37 wieloródki przysłanej do kliniki przez jednego z lekarzy a u której wykonano zabieg operacyjny z powodu podejrzenia ciąży pozamacicznej. W danym przypadku odczyn Aschheima i Zondeka wypadł ujemnie, odczyn Brouha i Simonneta dodatnio.

W czasie zabiegu operacyjnego stwierdzono, że rzeczywiście chodzi o przypadek ciąży pozamacicznej jajowodu prawego, w przebiegu której przyszło do pęknięcia jajowodu i wypadnięcia płodu poza jego granice. W zatoce Douglasa znaleziono stary krwistek, a wewnątrz niego znajdował się płód wielkości około 16 cm. W dnie zatoki tkwiło łożysko przyklejone silnie do otrzewnej. Poza tem stwierdzono silne zrosty z jelitem cienkiem i siecią.

Nawiązując do opisanego przypadku, nadmienić należy, że z punktu widzenia lekarza praktyka największą wagę ma odczyn Aschheima i Zondeka względnie Brouha i Simonneta w ciąży pozamacicznej. Dzięki licznym spostrzeżeniom, dotyczącym tej dziedziny, wyprowadzić można już dzisiaj odpowiednie wnioski co do użyteczności zwłaszcza tego pierwszego odczynu t. j. odczynu Aschheima i Zondeka. Wynik jego dodatni zależy w ciąży pozamacicznej od tego, czy istnieje jeszcze związek między jajem płodowem i jego podłożem względnie jak długi okres upłynął od czasu obumarcia jaja. W okresie bowiem do czternastu dni po przerwaniu związku jaja z ustrojem matki, odczyn Aschheima i Zondeka w moczu kobiet zanika. To samo dotyczy i odczynu Brouha i Simonneta. Tem mniej jest dla nas zrozumiały sprzeczny wynik obu omawianych odczynów w naszym przypadku, dla którego wytłumaczenia nie znajdujemy żadnych podstaw teoretycznych. Okres, jaki upłynął od czasu obumarcia jaja aż do zabiegu operacyjnego przekraczał bowiem stanowczo czternastodniowy termin, w którym znachodzi się jeszcze w moczu hormony przedniego płata przysadki, warunkujące dodatni wynik próby. Wypadek opisany nie jest odosobniony. Badacze, przeprowadzający doświadczenia na narządach płciowych męskich myszy, poddanych działaniu moczu ciężarnych, wspominają, że podobne przypadki przytrafić się mogą (Neumann).

Nie zmienia to w niczem faktu, że nowsze spostrzeżenia przemawiają zgodnie za wartością praktyczną odczynu Brouha i Simonneta w rozpoznawaniu ciąży. Świadczą o tem i nasze badania. Wyniki obu omawianych odczynów biologicznych przeważnie zgadzają się z sobą, przyznać jednak trzeba, że próba Aschheima i Zondeka ma tę wyższość nad próbą Brouha i Simonneta, że trwa krócej, co w niektórych przypadkach (ciąża pozamaciczna) ma znaczenie rozstrzygające na jej korzyść. Stosowanie próby Brouha i Simonneta wydaje się zatem dopuszczalnem tylko wówczas, kiedy z niezależnych od nas przyczyn chwilowo nie mamy do rozporządzenia odpowiedniej ilości zwierząt doświadczalnych, względnie kiedy chodzi o uzyskanie bezwzględnej pewności przez porównanie wyników obu odczynów.

Szczególne znaczenie praktyczne ma stosowanie obu odczynów równolegle w przypadkach ciąży pozamacicznej, które same przez się nastręczają już rozpoznawcze trudności co do istoty samego schorzenia, mogącego w razie nierozpoznania zakończyć się niepomyślnie dla chorej. Wynik ich umożliwia poza tem stwierdzenie, czy w danym wypadku mamy do czynienia z ciążą zewnątrzmaciczną obumarłą czy też nie, co w niektórych przynajmniej przypadkach może mieć pewne znaczenie dla obrania sposobu leczenia. Zaznaczyć jednak należy, że w zasadzie powinien o tem rozstrzygnąć tylko obraz kliniczny całokształtu cierpienia.

Na tem kończę omawianie odczynów biologicznych podanych dla rozpoznania ciąży w ostatnich czasach, które w odróżnieniu od podanych dotychczas serologicznych cechują się wielką swoistością i dlatego też znalazły już obecnie szerokie praktyczne zastosowanie, szczególnie w przypadkach wątpliwych, niemożliwych do zróżnicowania li tylko na podstawie danych, zyskanych badaniem klinicznem.

Dr. J. STOPCZAŃSKI. Kraków.

Stężenie jonów wodorowych na powierzchni skóry.

Ze szpitala Braci Miłosierdzia.

Dokończenie.

Dla wykazania, jakie stężenie jonów wodorowych występuje na skórze chorobowo zmienionej, wykonałem badania w wypadkach różnych chorób skórnych.

Według rodzaju oddziaływania, jakim zmiany chorobowe na skórze się różnią, można je podzielić na kilka grup. Pierwsza grupa przypadków zbadanych co do oddziaływania powierzchni chorej skóry obejmuje zapalenia ostre, w których objawy ograniczały się do zaczerwienienia i obrzęku.

Jako najczęstsze między temi były przypadki zmian, wywołanych przy wykonywaniu zajęć zawodowych, u osób pracujących fizycznie.

Dla wyraźnego uwydatnienia różnicy w oddziaływaniu oprócz badania w miejscu chorem, wykonywałem oznaczenia stężeń w najbliższem otoczeniu zdrowem i w symetrycznie położonem miejscu zdrowem.

W tych zapaleniach skóry ostrych badanie oddziaływania wykazało w wypadkach o większem nasileniu zmian zapalnych, pewne podniesienie kwasoty na powierzchni zmian chorobowych.

To podniesienie kwasoty jest jakby równoległe z nasileniem zmian zapalnych.

Na podstawie wyników tych badań okazało się, że przy silniejszych objawach zapalnych jest także większe podwyższenie kwasoty.

Zdaniem Schadego bodziec zapalny powoduje w miejscu chorobowem zaburzenie miejscowej wymiany. Kwasota na powierzchni zmian chorobowych podnosi się w miarę wzmagania objawów zapalnych tylko wtedy, jeżeli równocześnie nie występują ubytki w powierzchni.

Gdy do objawów zapalnych dołącza się sączenie, a pod wpływem tego rozmiękanie, które powoduje ubytki w powierzchownych warstwach naskórka, zmienia się także i stężenie jonów wodorowych na powierzchni tych zmian. Przy tych zmianach połączonych z sączeniem i ubytkami powierzchni, oddziaływanie okazywało się mniej kwaśne pomimo, że nasilenie objawów zapalnych odpowiadało określeniu choroby, jako ostrej.

Badanie takich zapaleń skóry w okresie ustępowania daje różny wynik, zależny od braku, lub obecności ubytków w powierzchni naskórka.

W miejscach z powierzchnią nieuszkodzoną stężenie jonów wodorowych prawie nie różni się od wyniku kontrolnego badania, wykonanego w najbliższem miejscu zdrowem.

Oddziaływanie w miejscu pozbawionem powierzchownych warstw naskórka jest mniej kwaśne od tego, jakie wykazuje badanie kontrolne w najbliższem miejscu zdrowem.

Oprócz badań, wykonanych w zapaleniach wywołanych działaniem różnych czynników zewnętrznych, najczęściej chemicznych, jak mydła i sody u praczek, terpentyny, spirytusu nieoczyszczonego, politury, farb u stolarzy, lakierników, malarzy pokojowych, miałem sposobność zbadania przyrządem Wulffa w szpitalu Bonifratrów kilku wypadków oparzeń.

W miejscach dotkniętych oparzeniem pierwszego stopnia badanie nie wykazało zmian w oddziaływaniu. A zatem oparzenia pierwszego stopnia różnią się w wynikach badania od ostrych zapaleń skóry.

Przyczyną tej różnicy może być to, że jednorazowe zadziałanie uszkadzającego czynnika w oparzeniach takich nie wywołuje zaburzeń stalszych w mechaniźmie utrzymującym równowagę jonów.

Na powierzchni pęcherzy wywołanych oparzeniem także niema zmian w oddziaływaniu, ale dno pęcherza, jak również płynna treść pęcherza okazuje oddziaływanie prawie alkaliczne, bo pH wynosiło 6,9.

Leczony przez dwa miesiące w szpitalu Bonifratrów przypadek choroby Duhringa przedstawiał zajmujący przedmiot dla tych badań. Przypadek ten dotyczył chorego lat 63, Mojżesza M. u którego choroba rozpoczęła się — przed 3 miesiącami — pęcherzami na nogach, a następnie pojawiły się te pęcherze i na obu kończynach górnych.

W czasie przyjęcia do szpitala chory okazywał bardzo rozległe zmiany, pęcherze zajmowały tak kończyny górne jak i dolne, na tułowiu na dużych przestrzeniach znajdowały się rumienie rozszerzające się na brzuchu i przedniej powierzchni klatki piersiowej, sięgające ku tyłowi aż po łopatki.

W pachwinach obszerne powierzchnie były pozbawione naskórka, — sączące także zmiany znajdowały się w nosie, a zwłaszcza w ustach, w postaci pęcherzy na błonie śluzowej.

Z początku pobytu w szpitalu chory okazywał dość znaczne osłabienie i podwyższenie ciepłoty do 38,5. Po kilkunastu dniach jednak wystąpiła poprawa stale postępująca. Najdłużej utrzymywały się zmiany w pachwinach, które po kilku tygodniach przedstawiały się jako pobruzdowane wyniosłości krwawiące i sączące. Na powierzchni zmian suchych jak pęcherze, nie znalazłem różnic w oddziaływaniu w stosunku do miejsc wolnych od zmian, to samo dotyczyło powierzchni rumieni. Wybitne obniżenie kwasoty, które wynosiło od 6,3 do 6,8 okazywały powierzchnie w miejscach pękniętych pęcherzy. Najsilniejsze zmiany w oddziaływaniu wykazywały powierzchnie sączące w pachwinach, bo od 6,7 do 7,3 pH.

Po zastosowaniu okładów z 0,5% kwasu salicylowego zmiany te dość szybko, bo w czasie dwóch tygodni ustąpiły.

Badanie oddziaływania na powierzchni wykwitów wykazywało różność wyników, zależną od rodzaju i stanu zmian chorobowych.

W chorobach skóry o przebiegu przewlekłym, rodzaj oddziaływania zależy od tego, czy w miejscu badania znajduje się ubytek w powierzchownych warstwach naskórka.

Dlatego w łuszczycy leczonej miejsce pozbawione łusek okazywało stężenie jonów wodorowych o wiele wyższe, jak guzek pokryty łuskami.

W łuszczycy nieleczonej powierzchnie pokryte łuskami nie różnią się oddziaływaniem od miejsc wolnych od zmian chorobowych.

Również nie znajdowałem różnicy w oddziaływaniu na powierzchni suchych zmian świerzbiączki ograniczonej *(neurodermitis circumscripta)*. Takie samo oddziaływanie wykazywały zmiany wypryskowate w otoczeniu wrzodów żylakowych podudzia. Dno wrzodu okazywało wybitne obniżenie kwasoty w stosunku do otoczenia.

W kilku przypadkach łupieżu różowego badanie nie wykazywało na powierzchni zmian chorobowych wyraźniejszych różnic oddziaływania w stosunku do zdrowego otoczenia.

Tablica I.

Stężenie jonów wodorowych na skórze zdrowej.

Imię i nazwisko badanego:	Wiek	Czoło	Dłoń prawa	Pacha lewa	Pachwina prawa	Stopa lewa
Józef L.	20	5.2	5.3	5.5	5.4	6.5
Antoni B.	18	5.3	5.3	5.4	5.6	6.7
Władysław K.	21	5.1	5.2	5.6	5.5	6.5
Aniela M.	16	4.8	5.0	6.2	6.0	6.3
Rozalja M.	17	5.0	5.1	6.3	6.5	6.6
Wiktorja Z.	26	5.1	5.7	6.2	6.3	6.5
Marja S.	29	5.3	5.3	5.5	5.7	6.3
Karol W.	42	4.9	5.2	5.7	6.2	6.7
Jan K.	40	5.2	5.2	5.4	5.6	6.4
Chaim R.	37	5.0	5.0	5.9	6.1	6.4
Zenon P.	34	5.3	5.6	6.2	6.4	6.8

Tablica II.

Stężenie jonów wodorowych w przypadkach chorób skórnych.

Imię i nazwisko badanego:	Wiek:	Rozpoznanie:	pH w miejscu chorem:	pH na skórze zdrowej:
Ludwik M.	26	Zapalenie skóry pr. ręki, ostre po formalinie	5.0	5.2
Tadeusz G.	31	Zapalenie skóry ostre na grzbietach obu rąk	5.3	5.5
Stefanja B.	19	Ostre zapalenie skóry na plecach słoneczne (*d. solaris*)	4.9	5.0
Anna O.	41	Ostre zapalenie skóry na karku po barwieniu włosów	5.0	5.2
Izaak F.	19	Zapalenie skóry sączące międzypalcowe obu rąk	5.3	5.1
Stanisław C.	48	Zapalenie wyprzeniowe sączące w obu pachwin.	6.7	6.2
Regina S.	37	Zapalenie wyprzeniowe sączące pod sutkami	5.9	5.5
Józefa D.	20	Zapalenie wyprzeniowe sączące pachy prawej	6.5	5.9 l pacha
Wojciech M.	25	Oparzenie I i II stop. p zedramienia prawego i ręki prawej	6.8 dno pęcherzy	5.2
Stanistaw K.	14	Oparzenie I i II stop. obu przedudzi	6.8 dno pęcherzy	5.3
Karolina P.	36	Oparzenie głowy i twarzy (wybuch prymusa)	6.9 dno pęcherzy	5·2
Karol S.	35	Rumień wielopostaciowy	5.2	5.2
Mojżesz M.	63	Choroba Duhringa	6.5 dno pęcherzy na nogach, 7,3 pachwiny	5.1
Franciszek W.	30	Łuszczyca (nie leczona)	5.3	5.3
Wiktor Z.	28	Łuszczyca	6.4 po usunięciu łusek	5.3
Marja F.	30	Łupież różowy	5.2	5.2
Ludwik K.	14	Świerzbiączka	5.1 guzek na ramieniu	5.1

Wyniki, jakie otrzymałem przy mierzeniu stężeń jonów wodorowych na powierzchni skóry zdrowej i chorej, są zgodne z wynikami Schadego, Marchioniniego, Perutza, Lustiga — i dają się ująć w następujące wnioski:

1) Na powierzchni skóry zdrowej są miejsca ze zmniejszoną kwasotą, a mianowicie: pachy, pachwiny, stopy, powierzchnie między palcowe nóg i rąk. Przy porównaniu otrzymanych wyników najsilniejszą kwasotę okazuje czoło, a najsłabsza jest w pachach i na stopach.

2) W zapaleniach skóry ostrych, niesączących, kwasota w miejscu zapalenia jest znacznie podwyższona.

3) Obniżenie kwasoty występuje w chorobach skóry, przy których powstają ubytki w powierzchni, gdyż w tych miejscach jest oddziaływanie mniej kwaśne, jak w najbliższem otoczeniu nieuszkodzonem.

4) W oparzeniach drugiego stopnia miejsca po pękniętych pęcherzach okazują oddziaływanie zbliżone do alkalicznego.

5) W chorobie Duhringa oddziaływanie jest takie, jak w oparzeniach drugiego stopnia.

6) Zapalenia ostre sączące skóry powodują obniżenie kwasoty w miejscach dotkniętych zmianami chorobowemi.

7) Okłady kwaśne zmniejszając sączenie w tych chorobach, powodują obniżenie stężenia jonów wodorowych.

Piśmiennictwo:

1) Adlersberg und Perutz: Klin. Wschr. 1927. Nr. 3. — 2) Aschoff: Münch. med. Woch. 1922. Nr. 18. — 3) Baumgarten: Berl. klin. Woch. 1905. 1329. — 3) Benedek: 15 Kongr. d. Dtsch. dermat. Ges. 1927. — Arch. f. Dermat. 155. — 4) Benedek: Arch. f. Dermat. 156. H. 1. — 5) Bloch: 14 Kongr. d. Dtsch. dermat. Ges. in Dresden. Arch. f. Dermat. 151. — 6) Brill: Arch. f. Dermat. 155. 15 Kongr. d. Dtsch. dermat. Ges. in Bonn 1927. — 7) Brill: Arch. f. Dermat. u. Syphilis 150. 1926. — 8) Brill: Arch.

f. Dermat. 156. H. 3. — 9) Fabry: Dermat. Wschr. 66. 1918. — 10) Fabry: Dermat Wschr. 81. 1925. — 11) Freund: Wien. klin. Wschr. 1920. Nr. 46. — 12) Fribоes: Dermat. 2. 31. 57. — 13) Gräff: Klin. Wschr. 1924. Nr. 11. — 14) Gräff: Klin. Wschr. 1927. Nr. 2. — 15) Mh.: Dermat. 14. Nr. 12. — 16) Keller: Dermat. 2. 49. (1926). — 17) Krzyształowicz: Choroby skóry. 1928. — 18) Marchionini: 15 Kongr. d. dtah. dermat. Ges. Bonn. 1927. Arch. f. Dermat. 155. — 19) Marchionini: Physikalisch chemische Untersuchungen an menschlicher Haut. Vortrag i. d. Med. Ges. zu Freiburg. 1927. — Klin. Wschr. 1928. Br. 6. — 20) Marchionini: Schweiz med. Wschr. 1928. Nr. 43. — 21) Memmesheimer: Klin. Wschr. 1924. Nr. 46. — 22) Michaelis: Wasserstoffionenkoncentration 2 Aufl. Berlin 1922. — 23) Nathan und Munk: Klin. Wschr. 1927. Nr. 37. — 29) Rost: Versuch einer Neueinteilung der Hautkrankheiten 12 Kongr. Dtsch. dermat. Ges. Hamburg 1921 — Arch. f. Dermat. 138. — 30) Rost: Hautkrankheiten Berlin 1926. — 31) Gabourand: Ann. de Dermat. 1926. — 32) Schade: Münch. med. Wschr. 1924. Nr. 1. — 33) Schade und Clausen: Münch. med. Woch. 1926. Nr. 8. — 34) Schade und Marchionini: Klin. Wschr. 1928. Nr. 1. — 35) Schade und Marchionini: Arch. f. Dermat. 154. H. 3. — 36) Schiefferdecker: Arch. f. Dermat. 132. 1921. — 37) Schur und Goldfarb: Wien. klin. Wschr. 1927. Nr. 40. — 38) Unna P. G. Dtsch. med. Wschr. 1921. Nr. 42. — 39) Unna P. G. und Golodetz. Mh. Dermat. 50. 1910. — 40) Waelsch: Arch. f. Dermat. 114. 1913.

A. SOKOŁOWSKI, asystent kliniki. Kraków.

Twory kuliste zasadochłonne w miazdze śledziony w przebiegu choroby Gauchera, oraz znaczenie nakłucia szpiku kostnego mostka dla rozpoznania tego schorzenia.

Z I. Kliniki Chorób Wewnętrznych U. J.
Dyrektor: prof. dr. T. Tempka.

Od czasu, kiedy Gaucher ogłosił swój znany przypadek splenomegalji, jako *„l'épithéliome primitif de la rate"* ilość przypadków t. zw. choroby Gauchera (G.), opisanych w piśmiennictwie światowem, namnożyła się do tego stopnia, że obecnie trudno już mówić o rzadkości tej sprawy. Jeżeli uwzględni się jedynie te przypadki, w których rozpoznanie oparte zostało na danych anatomicznych, jakich dostarczyć może rozbiór zwłok, nakłucie śledziony lub szpiku kostnego, lub wreszcie wycinek gruczołu limfatycznego, wówczas ilość ogłoszonych, pewnych przypadków choroby G. wahać się będzie około 70. Dlatego uważam za zbyteczne powtarzanie, opisywanego przy każdym prawie przypadku szczegółowego obrazu klinicznego i histologicznego, jako też rozwoju poglądów na istotę tej choroby, a przedstawię jedynie pokrótce ich stan najnowszy.

Choroba G. uważana jest obecnie za schorzenie układu siateczkowo-śródbłonkowego (u. s. ś.) w zakresie narządu krwiotwórczego, czego anatomicznym wyrazem jest znaczny przerost zarówno co do ilości, jak i co do wielkości elementów komórkowych tego układu, z wytworzeniem charakterystycznych komórek, zwanych komórkami Gauchera. Zapatrywania autorów, odnośnie do siateczkowego względnie śródbłonkowego pochodzenia tych komórek, nie są jeszcze uzgodnione. Większość zgodnie z Pickiem uważa, że komórkami macierzystemi komórek G. są wyłącznie komórki siateczki, a częściowo i przydanki tętniczej, niektórzy — podobnie jak Epstein — przypisują główną rolę raczej komórkom śródbłonka. Epstein (4) opiera się na badaniach histologicznych, w których stwierdzał przeobrażanie się komórek śródbłonkowych w typowe komórki G. Histogenetycznie więc, komórki G. byłyby tworami powstałemi z histjocytów u. s. ś. śledziony, wątroby, szpiku kostnego, a czasem gruczołów limfatycznych.

Etjologja choroby G. jest jeszcze zupełnie ciemną. Gruźlica, której niektórzy autorowie przypisywali główną rolę, ma działanie conajwyżej wyzwalające. Czynnik konstytucjonalny, na który wszyscy autorowie kładą nacisk, odgrywa prawdopodobnie najważniejszą rolę. Wskazuje na to stosunkowo częste występowanie tej choroby u kilku członków tej samej rodziny.

Odnośnie do patogenezy, to Epstein przyjmuje, że, podobnie jak barwiki wprowadzone do krwi zwierzęcia, pobudzają w pewnym stopniu fagocytozę histjocytów, tak i wytwory chorobowo zmienionej przemiany materji mają stanowić w przypadkach choroby G. silny bodziec dla histjocytów, z jednej strony w kierunku fagocytarnym, z drugiej zaś w kierunku wytwarzania coraz liczniejszych histjocytów. Owe wytwory przemiany materji, gromadzące się w ciele komórki histjocytarnej pęcznieją dzięki swym własnościom koloidalnym i prowadzą do tworzenia się owych tak typowych dla komórki G. wodniczek, przez co powiększają znacznie rozmiary samej komórki.

Pogląd ten jednak nie jest ogólnie przyjęty, gdyż budzi wątpliwości i zastrzeżenia zarówno co do natury zaburzenia przemiany materji, jak i co do przyczynowego związku między niem, a zmianami anatomicznemi w histjocytach. Stwierdzonem jest wprawdzie niewątpliwie, że wśród ciał gromadzących się w komórkach G. naczelne miejsce zajmuje kerazyna z grupy cerebrozydów, które należą do lipoidów, ale w jakich warunkach i na jakiej drodze przychodzi do takiego zaburzenia w metabolizmie lipoidów, tego narazie nie wiemy. Również nie jest wiadomem, czy zaburzenie w przemianie materji jest pierwotną przyczyną zmian anatomicznych w u. s. ś. czy też zmiany te są wyrazem pierwotnie wzmożonej czynności tego układu. Możliwem jest wreszcie, że obie te sprawy, t. j. zaburzenie w metabolizmie lipoidów i nadczynność u. s. ś. pozostają do siebie w równowadze chwiejnej, której naruszenie prowadzi do odkładania się w komórkach histjocytarnych produktów tego zaburzenia (Semerau-Siemianowski (18).

Nadmierny rozrost elementów u. s. ś. prowadzi do znacznego powiększenia zajętych narządów, a równocześnie do ucisku z następowym częściowym zanikiem innych składników miąższu w danym narządzie, a więc ciałek Malpighiego w śledzionie, komórek zrazikowych w wątrobie, elementów krwiotwórczych w szpiku kostnym. Nie pozostaje to bez wpływu na czynność krwiotwórczą tych narządów. W śledzionie bowiem ucisk ten powoduje ponadto zastój krwi, który prowadzi do znacznego rozszerzania zatok żylnych, tworzących miejscami skupienia przypominające ciała jamiste. Następstwem tego zastoju, jest wzmożony rozpad ciałek czerwonych i dokładanie pozostałości rozpadu hemoglobiny zawierających żelazo w komórkach śródbłonkowych śledziony, a częściowo w komórkach G. Cierpi na tem czynność erytroblastyczna szpiku kostnego, uszkodzonego już i tak anatomicznie, na skutek przerostu u. s. ś. Otrzymuje on bowiem zmniejszoną ilość materjału do wytwarzania hemoglobiny. Tem tłumaczą niektórzy autorowie (Epstein) niedokrwistość wtórną tak typową dla choroby G. Jako wyraz wzmożonego rozpadu krwinek czerwonych w u. s. ś. uważają też powszechnie hemosyderozę, uwydatniającą się w brunatnawem zabarwieniu skóry na twarzy i na kończynach.

Dalszym objawem uszkodzenia narządu krwiotwórczego jest małopłytkowość i związana z tem skaza krwotoczna. Objaw ten występuje według jednych autorów w okresie końcowym, według innych towarzyszy chorobie i w okresach wcześniejszych. Charles Oberling i Sokołow (cyt. wg. Dubinskaja (2) opisują przypadki choroby G., które uporczywemi krwawieniami z dziąseł, przypominały obraz skorbutu. W przypadku opisanym poniżej krwawienia z dziąseł były również naczelnym objawem skazy krwotocznej.

Obok tych zmian może również przyjść do uszkodzenia tkanki kostnej, co zaznacza się w postaci swoistych nacieczeń w sklepieniu czaszki i w zmianach w innych kościach, jak kręgi (garb) i kości długie, zwłaszcza kość udowa. W przypadkach takiej kostnej postaci choroby G. śledziona i wątroba nie wykazują tak znacznego powiększenia jak w postaci typowej (Pick) (15).

Rozrost elementów u. s. ś. w przypadku choroby G. zależy także od wieku chorego. Hamperl (cyt. wg. Epsteina) rozróżnia dwa typy tej choroby, t. j. dziecięcy, w którym zajęte są elementy u. s. ś. nietylko śledziony, wątroby, szpiku kostnego i gruczołów limfatycznych, ale i innych narządów, jak nadnercza, grasicy i tkanki limfatycznej ścian jelit, tudzież typ dorosły, w którym ulegają zmianom tylko cztery pierwsze narządy. Hamperl tłumaczy to zjawisko zwiększoną w wieku dziecięcym czynnością u. s. ś. w kierunku gromadzenia wytworów patologicznie zmienionej przemiany materji.

Z podobnem rozprzestrzenieniem się zmian anatomopatologicznych na poszczególne narządy spotykamy się w stanach chorobowych zbliżonych morfologicznie do choroby G., ale odmiennych odnośnie do swej patogenezy i odczynów histochemicznych. Do tych spraw na pierwszem miejscu należy zaliczyć schorzenie opisane po raz pierwszy przez Niemanna, na które jako na oddzielny typ schorzenia u. s. ś. — zwrócił uwagę dopiero Pick. Schorzenie to znane ogólnie pod nazwą choroby Niemann-Picka występuje u dzieci kilkomiesięcznych na tle zaburzenia przemiany materji w zakresie lipoidów. Nadmierna ilość produktów tej przemiany powoduje daleko idące zmiany w u. s. ś. szeregu narządów jak nerki, nadnercza, grasica, trzustka, tkanka limfoidalna przewodu pokarmowego. Zmiany te przypominają histologicznie przypadki choroby G., jednak badanie histochemiczne wykazuje, że ciałem odkładającem się jest nie kerazyna, lecz lipoid z grupy fosfatydów. Poza tem odróżniają to schorzenie od choroby G. jeszcze pewne cechy kliniczne jak puchlina brzuszna, obrzęk kończyn dolnych i nieżyt zastoinowy oskrzeli. W ostatnich latach

zwrócono uwagę na sprawy chorobowe, występujące w wieku dziecięcym, połączone ze splenomegalją, przy których badanie histologiczne wykazuje obecność w śledzionie komórek przypominających komórki G., ale nie dających typowych dla tej sprawy odczynów histochemicznych. Paschin-Kritsch (cyt. wg. Dubinskaja) opisują przypadek dwuletniej dziewczynki z *Granuloma infectiosum*, w którym badanie histologiczne narządów wewnętrznych wykazało w nadnerczach, grasicy i w nerkach obecność komórek o typie G., ale nie dających charakterystycznych odczynów chemicznych. Abrikossoff i Christian opisują przypadki schorzenia szpiku kostnego u dzieci, w których w obrazie histologicznym tego narządu spotykało się komórki silnie zbliżone morfotycznie do komórek G., ale o odmiennych odczynach histochemicznych. Przypadki podobne spotyka się w piśmiennictwie ostatnich lat coraz częściej. Niektórzy autorowie (Raswedenkowa (2) uważają, że obecnie do rozpoznania choroby G. nie wystarcza samo badanie drobnowidowe, lecz koniecznem jest wykonanie szeregu odczynów histochemicznych, które pozwolą na wykluczenie innych podobnych spraw chorobowych.

Leczenie choroby G. nie wykazuje w ostatnich latach wyraźnego postępu. Stosowanie promieni Roentgena pozostaje bez większego wpływu, a splenektomja zalecana przez niektórych autorów (Chabrol, Fischer, cyt. wg. S. Siemianowski) wykazuje w tej chorobie duży odsetek śmiertelności, dodatnie zaś wyniki przekraczają zaledwie 1/4 operowanych przypadków.

Przechodzę do opisania przypadku spostrzeganego na naszej klinice. Przypadek ten, przedstawiony już na posiedzeniu Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego w dniu 4. lutego 1931 r., dotyczy chorej l. 26, w. mojż., która zgłosiła się do kliniki 23. X. 1930 roku, ze skargami na powiększenie i bóle gniotące brzucha, brak łaknienia, ogólne osłabienie. Pierwsze dolegliwości wystąpiły półtora roku przed przybyciem chorej do kliniki w postaci powyższych objawów, które nasilały się stopniowo, przyczem chora zauważyła, występujące od czasu do czasu obrzęki w okolicy kostek. W ciągu tego czasu leczyła się w szpitalu na prowincji, gdzie rozpoznano gruźlicze zapalenie otrzewnej i stosowano naświetlanie lampą kwarcową, ale bez wyraźnej poprawy. W dzieciństwie przechodziła jakąś chorobę gorączkową z wysypką, poza tem nie chorowała. Pierwsza miesiączka w 11 roku życia, od tego czasu miewała miesiączki co trzy do czterech tygodni, a od półtora roku miewa co dwa tygodnie obfite i bolesne. W ciążę nie zachodziła. Odnośnie do dziedziczności i warunków życia, żadnych ważniejszych szczegółów nie podawała.

Badaniem przedmiotowem w dniu przybycia chorej stwierdzało się następujące dane: Wzrost niski (146 cm), odżywienie podupadłe, skóra na twarzy, szyi i rękach brunatnawo-szaro zabarwiona. Płuca i serce bez zmian. Powłoki brzuszne wysklepione; obwód brzucha 86 cm, napięcie powłok nieco wzmożone. Naczynia żylne podskórne nierozszerzone, płynu wolnego w jamie brzusznej nie stwierdzało się. Obmacywanie wykazało wątrobę powiększoną, sięgającą 12 cm poniżej prawego łuku żebrowego, gładką, dość twardą i tkliwą na ucisk, tudzież znacznie powiększoną śledzionę, sięgającą około 13 cm poniżej lewego łuku żebrowego, również dość twardą, gładką i bolesną przy ucisku. W innych narządach nic nieprawidłowego nie stwierdzało się. Wykonane w dniu przybycia chorej badanie moczu składników nieprawidłowych nie wykazało. Badanie krwi na składniki morfotyczne wykazało: krwinek czerwonych 3,896.000, hemoglobiny 63%, wskaźnik hemoglob. 0.82, krwinek białych 3.800. W obrazie odsetkowym krwinek białych stwierdzono: obojętnochłonnych wielojądrzastych 60%, obojętnochłonnych pałeczkowatych 3%, kwasochłonnych 1%, monocytów 2%, limfocytów 34%. W obrazie krwinek czerwonych nieznaczna anizocytoza.

Ponieważ rozpoznanie nasuwało trudności, więc poddano chorą dłuższemu spostrzeganiu i wykonano szereg badań dodatkowych, które niżej pokrótce podaję:

25. X. Badanie krwi na odczyn Wassermanna dało wynik ujemny.

28. X. Badanie czynnościowe wątroby (próba galaktozowa w moczu) wykazało prawidłową sprawność tego gruczołu.

30. X. Badanie rentgenologiczne klatki piersiowej nie wykazało zmian chorobowych w zakresie płuc i serca.

2. XI. Chora uskarża się na silniejszą bolesność w nadbrzuszu.

7. XI. Badanie krwi na odczyn Wassermanna po prowokacji dało wynik ujemny.

8. XI. Badanie treści żołądkowej: naczczo treści nie wydobyto, w 3/4 godziny po próbnem śniadaniu Ewald-Boasa wydobyto około 80 cm^3 treści szarawej, dobrze przetrawionej; stosunek w części stałej do płynnej = 2:1; L (wolny HCl) = 30, C (związany HCl) = 10; A (ogólna kwasota) = 60; pod drobnowidem skrobia, pojedyńcze drożdżaki.

12. XI. Badanie układu hemostatycznego: czas krwawienia 3 min., czas krzepnięcia (początek) 6 min., (koniec) 13 min., objawy opaskowy i opukowy ujemne, ilość płytek 195.000.

15. XI. Chora czuje się nieco lepiej, bolesność w nadbrzuszu odczuwa jedynie po obfitszem jedzeniu.

18. XI. Próba Pirquet'a dała wynik dodatni.

Od 24. XI. do 30. XI. wykonano cztery próby tuberkulinowe, wstrzykując podskórnie od 0,2 mg do 10 mg starej tuberkuliny; wszystkie próby dały wynik ujemny, zarówno odnośnie do objawów ogniskowych, jak i ogólnych; jedynie po ostatnim zastrzyku, ciepłota ciała podniosła się przejściowo do 37.3^0 C.

1. XII. Badanie czynnościowe układu siateczkowo-śródbłonkowego według met. Adler-Reimanna, przy pomocy dożylnego zastrzyku roztworu czerwieni Kongo, wykazało wzmożoną sprawność tego układu, gdyż wskaźnik barwnikowy surowicy krwi wynosił 39^0 (norm. 50^0—70^0).

2. XII. Badanie plwociny na obecność prątków Kocha dało wynik ujemny.

3. XII. Badanie krwi na składniki morfotyczne dało wynik zbliżony do poprzedniego. Badanie układu hemostatycznego dało wynik zbliżony do poprzedniego badania.

4. XII. Badanie moczu nie wykazało składników chorobowych.

7. XII. Chora skarży się na silniejsze bóle w okolicy obu podżebrzy. Wykonano badanie szpiku kostnego przez nakłucie mostku. Wynik podaję poniżej.

9. XII. Badanie przemiany spoczynkowej (met. Krogha) wykazało wzmożenie przemiany o 3.6%. Badanie chemiczne surowicy krwi wykazało: azot pozabiałkowy 30.8 mg %, indykan niewzmożony, cholesteryna 169.5 mg %, bilirubina 1 jedn. v. d. Bergha, odczyn bezpośredni ujemny, pośredni słabo dodatni.

11. XII. Wykonano nakłucie śledziony na klinice chirurgicznej prof. Glatzla; materjał uzyskany częściowo wysiano na pożywki, a częściowo roztarto na szkiełkach podstawowych, z których kilka wraz z pozostałą resztą materjału przekazano do Zakładu Anatomji patolog. U. J. celem zbadania w kierunku choroby G. Wyniki badania podaję poniżej.

12. XII. Badanie czynnościowe wątroby przez oznaczanie poziomu cukru w surowicy krwi w ciągu czterech godzin po spożyciu 100 g cukru gronowego wykazało jako najwyższy poziom 0.1349 % cukru; w moczu cukier nie pojawił się nawet w śladach. Przy sposobności pobierania krwi z żyły zauważono poniżej opaski uciskającej ramię pojawienie się drobnych wybroczyn.

14. XII. Badanie układu hemostatycznego: czas krwawienia 8 min., czas krzepnięcia (początek) 6 min., (koniec) 13 min., objaw opaskowy dodatni, objaw opukowy ujemny, ilość płytek 94.000.

17. XII. Badanie odporności krwinek czerwonych na roztwory hipotoniczne wykazało początek hemolizy przy stężeniu 0.47% NaCl, koniec przy 0.32% NaCl.

23. XII. Chora czuje się osłabioną, bóle w jamie brzusznej mniejsze.

1. I. 1931. Wystąpiły po raz pierwszy krwawienia z dziąseł.

4. I. Badanie krwi na składniki morfotyczne wykazało stosunki zbliżone do uzyskanych przy pierwszem badaniu.

6. I. Badanie układu hemostatycznego: Czas krwawienia 15 min., czas krzepnięcia (początek) 6 min., (koniec) 14 min., objaw opaskowy dodatni, objaw opukowy ujemny, ilość płytek 72.000.

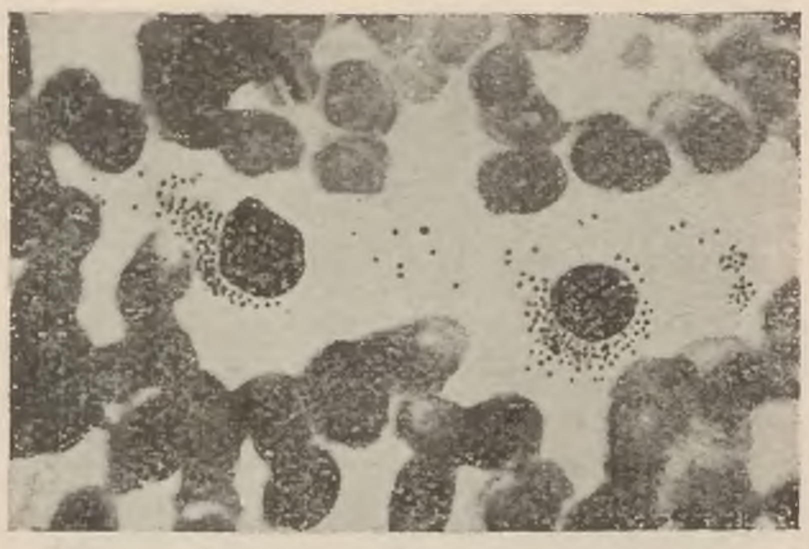
9. I. Badanie odporności krwinek czerwonych na saponiny wykazało początek hemolizy przy zawartości 0.05 mg, koniec przy 0.1 mg saponin po upływie jednej godziny.

10. I. Chora opuściła klinikę.

Wyniki spostrzegania i badań z początkowych sześciu tygodni pozwoliły na wykluczenie szeregu spraw chorobowych, połączonych z powiększeniem śledziony i wątroby, jak białaczka szpikowa i limfatyczna, niedokrwistość hemolityczna, choroba Bantiego, marskość wątroby, następnie skrobiawica, schorzenia na tle gruźliczem i kiłowem, wreszcie sprawy nowotworowe, jak przerzuty mięsaka lub raka. Natomiast inne dane, jak wynik badania układu siateczkowo-śródbłonkowego wskazujący na wzmożoną czynność tego układu, skaza krwotoczna o cechach małopłytkowej, niedokrwistość wtórna nieznacznego stopnia, limfocytoza względna, wreszcie płeć żeńska, rasa semicka, tudzież przewlekły przebieg cierpienia, skierowały moją myśl w kierunku schorzeń układu siateczkowo-śródbłonkowego, w szczególności w kierunku choroby G. Przeprowadzono więc dodatkowo badanie miąższu śledziony i szpiku kostnego uzyskanych drogą nakłucia.

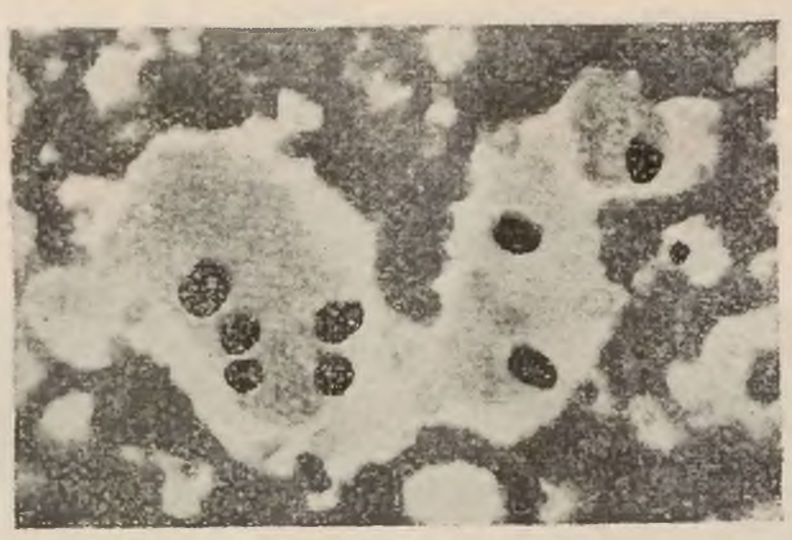
Badanie materjału uzyskanego z nakłucia śledziony, wykonane zostało w Zakładzie Anatomji patolog. U. J. (dyr. prof. Dr. S. Ciechanowski) przez Dra Schlönvogta. Preparaty roztarte poddano barwieniu kilku metodami, jak May-Grünwald-Giemsy, Mallory'ego, Sudanem III, tudzież wykonano odczyn na zawartość żelaza met. Turnbulla. Najbardziej przejrzyste obrazy uzyskano przy użyciu metody May-Grünwald-Giemsy. W preparatach barwio-

nych tą metodą, stwierdzono obecność komórek dużych (od 60 do 100 μ), jasnych, o obrysach owalnych, czasem wydłużonych na jednym końcu. W zarodzi blado niebiesko barwiącej się, widoczne były liczne włókienka o przebiegu łamanym lub falistym, tworzące delikatną, pajęczynowatą siatkę, opasującą nieliczne rozrzucone wodniczki. Jądra tych komórek ułożone zazwyczaj na brze-



gu, wielkością przekraczające rozmiary przeciętnego ciałka obojętnochłonnego, o kształtach owalnych lub wielobocznych posiadały budowę ziarnistą z jednem lub dwoma jąderkami. Tu i ówdzie w ciele komórki dały się zauważyć ułamki ciałek czerwonych. Komórki te rozrzucone były pojedyńczo lub tworzyły skupienia przypominające twory syncycjalne. Gdzieniegdzie w preparacie widoczne były same jądra z resztkami protoplazmy dokoła, w innych zaś miejscach większe lub mniejsze ułamki protoplazmy bez jąder. Prócz opisanych komórek zwracały uwagę drobne kuliste twory, wielkością mniejsze od ziarenkowców, zabarwione granatowo, rozrzucone grupkami bardziej lub mniej skupionemi. Gdzieniegdzie kuleczki te w gęstem skupieniu otaczały kuliste jądra, przypominające budową jądra opisanych wyżej komórek, tylko nieco od tamtych mniejsze. Co do krwinek białych, gęsto w preparacie rozmieszczonych, to wśród nich było obojętnochłonnych wielojądrzastych 34%, obojętnochłonnych pałeczkowatych 3.5%, metamyelocytów 0.5%, limfocytów 58%, promyelocytów 2.5%, myeloblastów 1.5%. W obrazie ciałek czerwonych widoczna była jedynie nieznaczna anizocytoza. Wreszcie w kilku miejscach zauważono krwinki czerwone jądrzaste, a wśród nich formy młodsze o zarodzi szaro-niebiesko zabarwionej. Inne metody barwienia nie dały obrazów tak wyraźnych. Odczyn na żelazo nie wykazał obecności tego składnika.

Badanie materjału uzyskanego z nakłucia szpiku kostnego mostku wykonano w naszej klinice przez roztarcie na szkiełkach podstawowych i zabarwienie według met. May-Grünwald-Giemsy. Uzyskane rozcierki przypominały prawidłowe obrazy szpiku kostnego, w szczególności brak było danych, świadczących o po-



ważniejszem zaburzeniu jego czynności erytro- czy leuko-blastycznej. Natomiast przy dokładnem przeglądaniu preparatu zauważyłem zrzadka rozrzucone, duże jasne komórki, *odpowiadające* we wszystkich cechach w zupełności *komórkom opisanym w obrazie miazgi śledzionowej, a zatem o cechach komórek G.* Opisanych ziarn zasadochłonnych w szpiku kostnym nie znalazłem.

Wyniki tych badań, tudzież objawy skazy krwotocznej, które wystąpiły pod koniec pobytu chorej w klinice, rozstrzygnęły rozpoznanie na rzecz choroby G. Niewyjaśnioną pozostała jedynie istota wspomnianych wyżej drobnych kulistych tworów, barwiących się granatowo i tworzących miejscami skupienia w otoczeniu jąder. Dla wyjaśnienia natury tych tworów zabarwiono kilka preparatów Sudanem III i Szkarłatem R w przypuszczeniu, że mogłyby to być produkty przemiany tłuszczowej, podobne do tych, jakie spotyka się przy chorobie Niemann-Picka. Ujemny jednak wynik tych badań wykluczył, stosownie do przewidywań, tę możliwość. Przeciwko zanieczyszczeniu drobnoustrojami przemawiał dokładny rozbiór cech morfologicznych, tudzież ujemny wynik posiewu na pożywki, zarówno tlenowe, jak i beztlenowe.

Wobec dużej zdolności fagocytarnej u. s. ś. w chorobie G. nasunęło się pytanie, czy w danym przypadku nie mamy do czynienia z cząsteczkami wstrzykiwanej poprzednio dożylnie czerwieni Kongo, zmienionemi oczywiście jakościowo pod wpływem przerosłego u. s. ś., czego wyrazem byłaby widoczna w ich barwieniu się zasadochłonność. Celem wykluczenia i tej możliwości wykonałem doświadczenie z królikiem. Po otwarciu mianowicie jamy brzusznej (zabieg ten wykonał Dr. B. Szabuniewicz w Zakładzie fizjolog. U. J.) nakłułem śledzionę, a punktat roztarłem na szkiełku podstawowem i zabarwiłem wedug met. May-Grünwald-Giemsy. Następnie wstrzykiwałem królikowi dożylnie co kilka dni czerwień Kongo w ilości na kg wagi ciała, odpowiadającej tej ilości, którą używałem przy badaniu sprawności u. s. ś. u opisanej chorej. W kilka dni po ostatniem, trzeciem z rzędu, wstrzyknięciu, wykonałem powtórnie nakłucie śledziony i sporządziłem rozcierki według poprzedniego sposobu. Wkońcu przebadałem dokładnie wszystkie rozcierki, jednak nie znalazłem żadnych tworów, przypominających opisane poprzednio ziarnistości, ani w rozcierkach z pierwszego, ani z drugiego nakłucia. A więc i tę możliwość, zgodnie zresztą z przewidywaniami, należało wykluczyć.

Również wydaje się nieprawdopodobnem, ażeby opisane ziarnistości pozostawały w jakimkolwiek związku z zastrzykami starej tuberkuliny, które chora otrzymywała w celach rozpoznawczych.

Pozostawała zatem do przyjęcia jedynie możliwość, że owe kuliste twory, jużto wypełniające szczelnie komórki, jużto luźno leżące, są nieznanemi nam wytworami przemiany materji, powstałemi pod wpływem ilościowo i jakościowo zmienionego układu s. ś. i że prawdopodobnie opisane powyżej kuliste skupienia tych tworów należy uważać za komórki u. s. ś. szczelnie wypełnione temi tworami. Komórki te stwierdziłem w dość dużej ilości w miazdze śledziony, natomiast ani w rozcierkach szpiku kostnego, ani w krwi obwodowej nie znalazłem ich zupełnie. Czy występowanie ich zależy od pewnych stanów chorobowych, tego nie można narazie rozstrzygnąć, jak nie można niczego więcej powiedzieć o ich naturze. Równocześnie zaznaczam, że przy najdokładniejszem przeglądaniu piśmiennictwa, odnoszącego się do choroby G. nie znalazłem nigdzie najmniejszej wzmianki o tworach tu przezemnie opisanych. Nadmienić jednak muszę, że w roku 1912 Kleineberger i Carl, opisali podobne pod względem morfologicznym jak i pod względem barwienia się twory w szpiku kości długich u zdrowych szczurów i myszy, bez jakiegokolwiek wprowadzania ciał obcych do ustroju tych zwierząt. Lauda i Flaum (11), którzy w tym kierunku przeprowadzili rozległe badanie doświadczalne, stwierdzili obecność opisanych przez Klienebergera tworów u niektórych zwierząt również zdrowych w szpiku kości udowej, w żyle czczej dolnej i w żyłach jamy brzusznej (żyła śledzionowa, żyły nerkowe i żyły odprowadzające krew ze ścian żołądka). Nigdy natomiast nie stwierdzili tych tworów we krwi obwodowej. Autorowie uważają te grupy zasadochłonnych kuleczek, otaczających małe kuliste jądra, za komórki pochodzenia siateczkowo-śródbłonkowego w szerokiem znaczeniu tego pojęcia, a same kuleczki za ciała obce, wchłonięte z otoczenia, dzięki własnościom fagocytarnym tych komórek. Siedliskiem ich jest szpik kości długich, tudzież śródbłonek błon surowiczych, czego dowodem jest obecność tych komórek w płynie popłuczynowym z tych błon. Natomiast miąższ śledziony i wątroby nie zawiera ich wcale, czego dowodem jest brak tych elementów w preparatach histologicznych z tych gruczołów. Obecność zaś owych zasadochłonnych kuleczek w punktatach, łatwo wytłumaczyć domieszką materjału z uszkodzonej otrzewnej przy sposobności nakłuwania przezotrzewnowego. Opisane twory stwierdzili Lauda i Flaum u szczurów i myszy, natomiast u królików i świnek morskich nie znaleźli odpowiednich tworów ani w szpiku kostnym, ani w popłuczynach z błon surowiczych.

Zestawiając spostrzeżenia dokonane w opisanym przypadku choroby G. dochodzę do następujących wniosków:

1) Celem uzyskania materjału anatomicznego przy rozpoznawaniu choroby G. nie jest koniecznem nakłuwanie śledziony względnie wycinanie gruczołu limfatycznego; w niektórych przypadkach wystarczyć może zabieg znacznie mniej niebezpieczny i przykry dla chorego, mianowicie nakłucie rękojeści mostka, które dostarcza materjału obfitującego w dostatecznej ilości w charakterystyczne komórki. A zatem wartość rozpoznawcza tego badania byłaby w przypadku choroby G. znacznie wyższa, niż to przypuszcza Mühsam. Dopiero w razie ujemnego wyniku badania punktatu szpiku kostnego mostka, należałoby uciec się do badania punktatu śledziony, względnie wycinka gruczołu limfatycznego.

2) Czy twory bazofilne, opisane przez Klienebergera i Carla u zdrowych zwierząt, a więc z prawidłowym u. s. ś., mogłyby mieć jakiś związek z tworami bazofilnemi, opisanemi przezemnie u człowieka w przypadku choroby G., a więc przebiegu wybitnego schorzenia u. s. ś. nie mogę rozstrzygnąć na podstawie tego jednego przypadku. Należy jednak przypuścić, że są one bądźcobądź wyrazem zmian chorobowych tego układu i stanowią tem samem dalszy szczegół rozszerzający zakres symptomatologji choroby G.

Piśmiennictwo:

1) Askanazy: Henke-Lubarsch. Handbuch d. speziellen pathologischen Anathomie und Histologie. — 2) Dubinskaja-Raswedenkowa: Virch. Arch. Bd. 276, 1930. — 3) Eppinger H.: Die hepatolienalen Erkrankungen 1920. — 4) Epstein E.: Virch. Arch. Bd. 253, 1924. — 5) Tenże: Wiener Klin. Wochenschr. Nr. 26, 1924. — 6) Gellman G.: Pol. Gaz. Lek. Nr. 35, 1931. — 7) Herzog: Klin. Woch. Nr. 15. 1923. — 8) Klieneberger-Carl: Die Blutmorphologie d. Laboratoriumstiere. 1912. — 9) Lange C.: Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 10—19, 1931. — 10) Latkowski-Siedlecki: Now. Lek. Nr. 22, 1925. — 11) Lauda-Flaum: Fol. Haemat. Bd. 38, 1929. — 12) Lippmann: Med. Klin. Nr. 21, 1922. — 13) Lubarsch: Patholog. Anat. d. Milz. 1927. — 14) Paszkiewicz: Pol. Arch. Med. Wewn. 1929. — 15) Pick: Med. Klin. Nr. 44, 1922. — 16) Rencki: Pol. Gaz. Lek. Nr. 43, 1927. — 17) Rosenthal: Klin. Woch. Nr. 46, 1922. — 18) Semerau-Siemianowski: Pol. Arch. Med. Wewn. 1929

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Prymarjusz Dr. Albin MUSIAŁ. Lwów.

Guz oczodołu *(Gumma orbitae)*, rozpoznany dopiero na podstawie badania histologicznego [1]).

Z oddziału Ocznego Szpitala Państwowego we Lwowie.
Prymarjusz: Dr. Albin Musiał.

Jak wielkie trudności rozpoznawcze stanowią guzy oczodołu, o tem wszyscy wiemy. Mimo przeprowadzenia najdokładniejszych badań klinicznych, przy zastosowaniu wszelkich możliwych środków pomocniczych, rozpoznania nie jesteśmy w stanie ustalić. Niekiedy nawet próbne badanie histologiczne nie prowadzi do celu. Przedewszystkiem należą tutaj przypadki przewlekłych zmian zapalnych w oczodole, powodujących zgrubienia i wybujałości, podobne do nowotworów, stąd szereg pomyłek rozpoznawczych, spotykanych tak w piśmiennictwie dawniejszem, jak i obecnie. Tu należą przypadki przewlekłego stanu zapalnego w oczodołach, pochodzenia ogólnego. Tu przedewszystkiem należy zaliczyć gruźlicę, kiłę, białaczkę prawdziwą i rzekomą, guzy zielone *(chloroma)* a rzadko nawet ziarnicę złośliwą. Dowodem tego nasz przypadek. Przypadek nasz jest tem ciekawszy, że był opisany już w roku 1928 (w Klinice Ocznej) „Przypadek obustronnego zapalnego guza oczodołu" (Pseudotumor) przez Dra B. P., w którym, mimo najdokładniejszych badań, nie zdołano wykazać przyczyny zmian w oczodołach, a o czem dowiedziałem się obecnie, szukając za odpowiedniem piśmiennictwem. Ponieważ stan obecny nieco się różni od stanu z przed 2-ch lat, przeto dla zrozumienia w krótkości powtórzę opis z „Kliniki Ocznej" z roku 1928.

Oko pr. wytrzeszcz miernego stopnia. Gałka oczna zwrócona jest ku przodowi i nieco ku górze, powieki bez zmian. Naczynia spojówkowe rozszerzone. Ruchomość gałki ocznej nieco upośledzona ku górze, poza tem prawidłowa. Dno oka bez zmian. Ostrość wzroku Ok. pr. 1. Pole widzenia nieco zwężone, szczególnie z dołu i od strony nosowej do 30°. Wzdłuż całego oczodołu, jego brzegu dolnego, wyczuwa się guz o tej samej zbitości co na oku lewem, tylko mniejszych rozmiarów.

Oko lew. wytrzeszcz znacznego stopnia, gałka oczna zwrócona ku przodowi, skóra powieki górnej lekko zaczerwieniona, spojówka w miejscu odpowiadającem szparze powiekowej, zgrubiała w postaci walca *(lagophthalmus)*. Gałka oczna nieruchoma. Na dnie oka tarcza zastoinowa. Naczynia silnie pokręcone. *Visus* O. S. O.

Z wywiadów podanych dowiadujemy się, że sprawa chorobowa rozpoczęła się przed półtora rokiem obrzękiem powieki oka lewego, który to obrzęk po kilku dniach ustąpił, a dopiero po kilku tygodniach przyszło do nieznacznego wytrzeszczu oka lewego, który stale się zwiększa.

Stan obecny z dnia 13. IX. 1929 r. t. j. w dniu przyjęcia.

Wywiady: Chory lat 29, K. podaje, że nigdy nie chorował, nie leczył się, żonaty, żona nie roniła, ma troje zdrowych dzieci a od roku 1926 chory na oko lewe, które po lekkiem zapaleniu powiek i obrzęku zaczęło występować z oczodołu, a widzenie stale się pogarszało, obecnie oko to go boli i zupełnie już nie widzi. Obecnie twierdzi także, że i drugie oko dotąd zdrowe zaczyna występować z oczodołu.

Stan obecny (patrz fotografja). Oko prawe. Szpara powiekowa dość szeroka, gałka oczna może nieco wysadzona ku przodowi, spojówka gałkowa i powiekowa blada. Na rogówce poniżej źrenicy powierzchowny ubytek. Dno oka bez zmian. Ruchomość gałki ocznej prawidłowa.

Oko lewe. Gałka oczna znacznie wysadzona ku przodowi. Szpara powiekowa szeroka. Powieki częściowo tylko osłaniają gałkę oczną, skutkiem czego spojówka gałkowa zaczerwieniona a rogówka w dolnej części naciekła. Ruchomość gałki ocznej zupełnie zniesiona. Ruchy nietylko czynne, lecz i bierne zupełnie zniesione. Gałka oczna jest jakby wmurowana w guzowato zmienionym oczodole, wypełnionym szczelnie przez zbite twarde masy, zrośnięte silnie ze ścianami tegoż. Napięcie guza twarde, zbite, nigdzie chełbotania wykazać nie można.

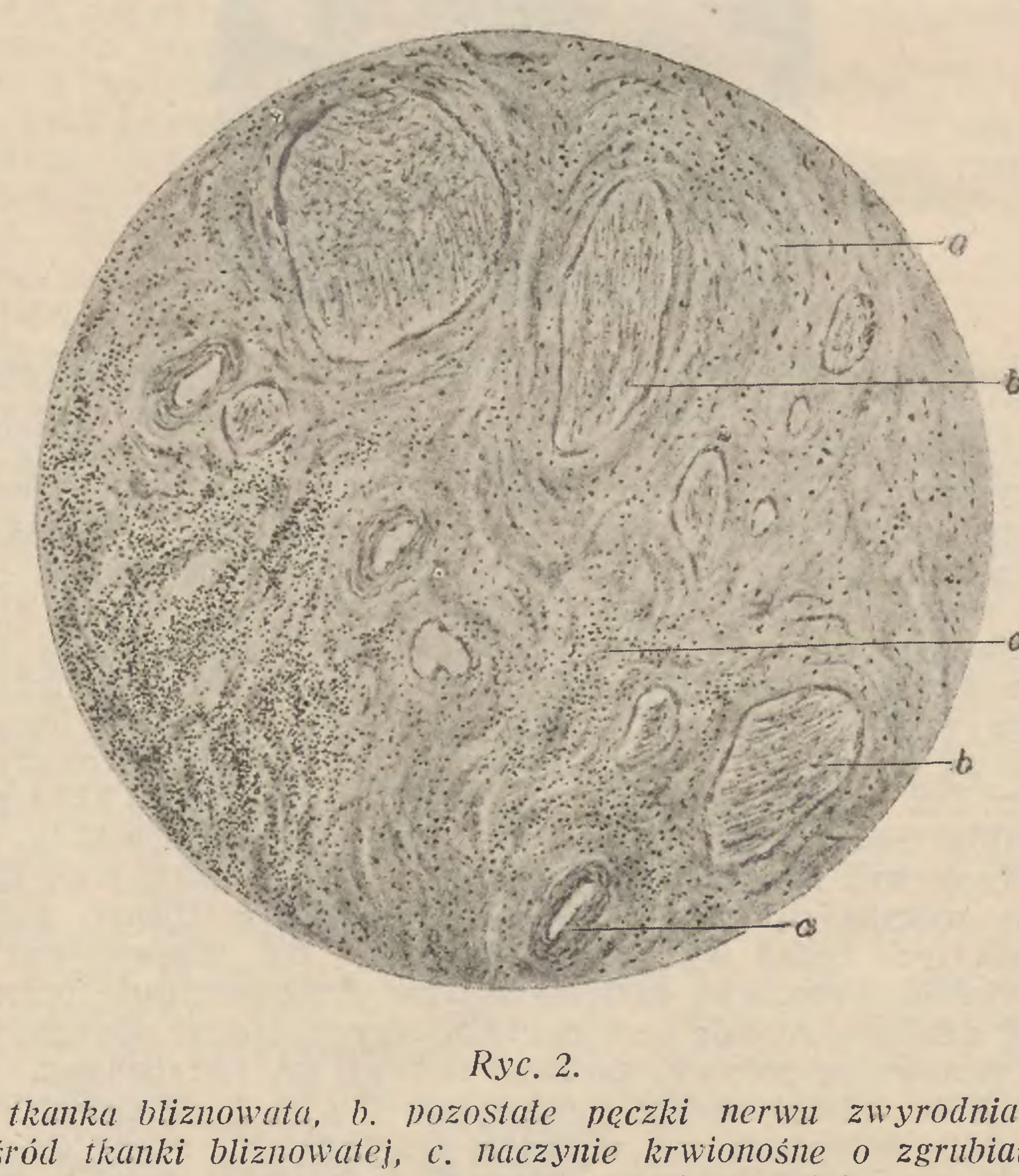


Ryc. 1.

Ostrość wzroku Ok. pr. 5/5 Snellen 0.5.

Ostrość wzroku Ok. lew. 0.

Badania dodatkowe: odczyn Wassermanna ujemny, tak samo badanie laryngologiczne jak i Roentgenem ujemne. Wycięcie kawałeczka z nowotworu niczego nie wykazało. Wobec tego przystąpiono do usunięcia guza, czego i sam chory się domagał, gdyż wystąpiła znaczna bolesność ze strony rogówkowej, wskutek niezamykania powiek *(Keratitis e Lagophthalmo)* 12. X. w uśpieniu przystąpiono do zabiegu operacyjnego. Już przy samej operacji można było stwierdzić, że mamy do czynienia ze specjalnym gu-



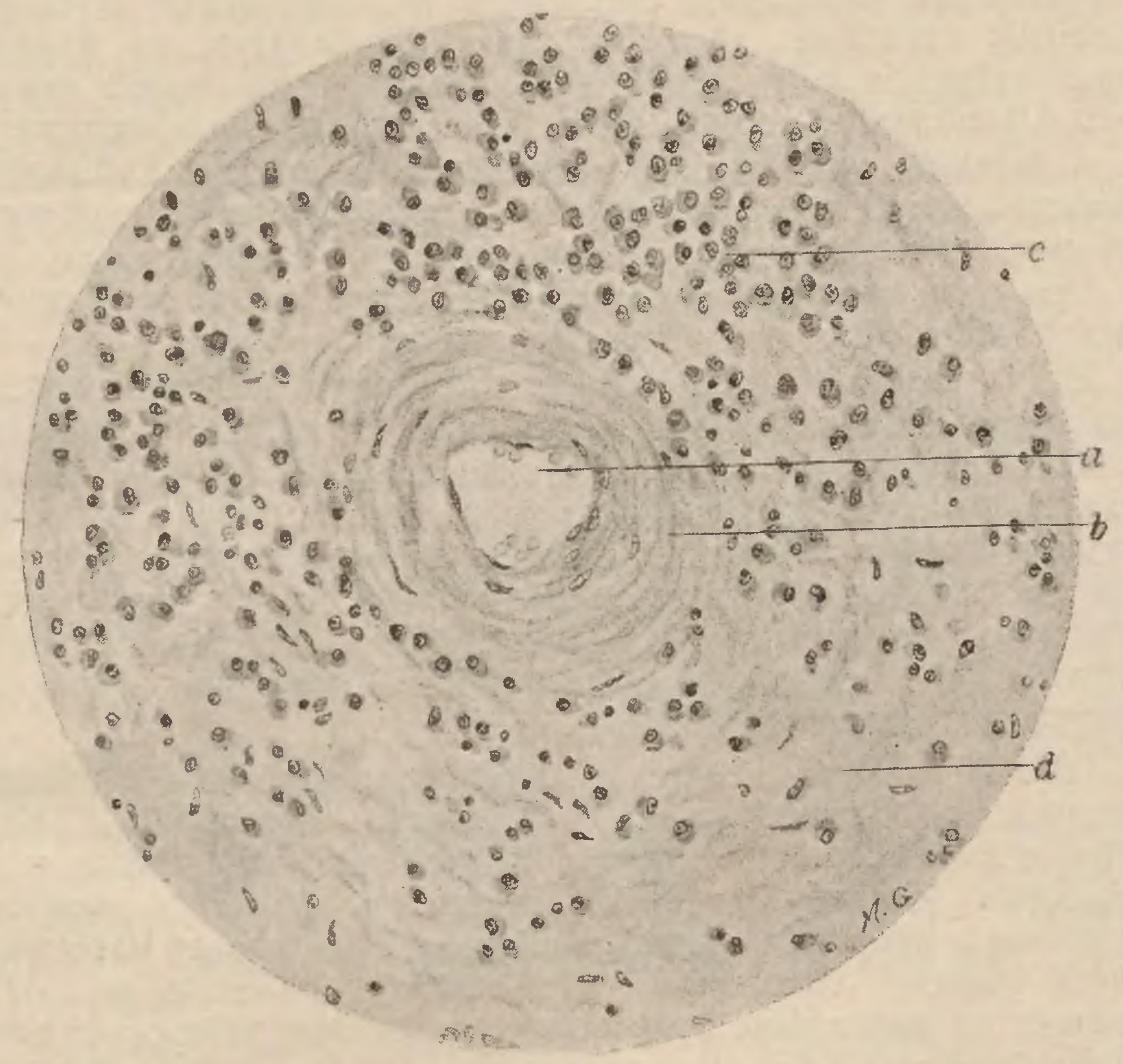
Ryc. 2.

a. tkanka bliznowata, b. pozostałe pęczki nerwu zwyrodniałego wśród tkanki bliznowatej, c. naczynie krwionośne o zgrubiałych ścianach, d. nacieki zapalne drobnokomórkowe.

---

[1]) Przypadek omówiony na IV. Zjeździe Towarzystwa Okulistów Polskich w Krakowie, w październiku 1931 r.

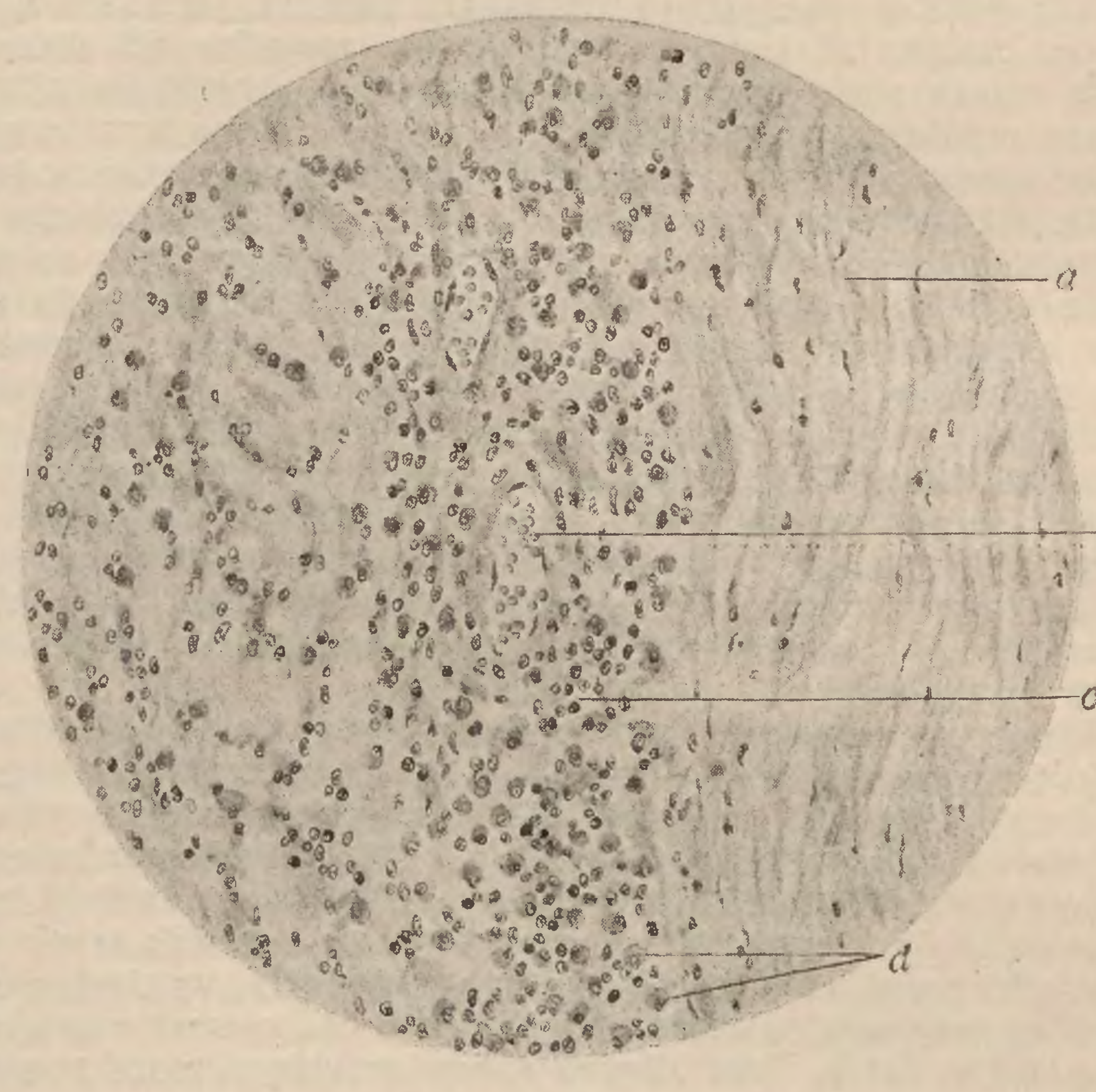
zem, z jakim rzadko się spotykamy. Guz bowiem przy zabiegu okazał się tak twardy, że z trudnością tylko można go było odcinać, trzeba było całej użyć siły, przecinając silnie zrośnięty guz z okostną, przyczem okazało się, że guz zupełnie zniszczył kostną podstawę oczodołu, jako też ścianę nosową. Najciekawszy był jednak wynik badania drobnowidowego, kilkakrotnie przeprowadzonego z różnych części guza, w poszukiwaniu za nowotworem. Wszystkie badania wypadły ujemnie. Natomiast wszystko przemawiało, że przyczyny tych zmian należy szukać w kile. Zatem



Ryc. 3.
a. światło naczynia, b. zgrubiała ściana naczynia, c. naciek z komórek plazmatycznych, d. tkanka bliznowata.
Leitz OK. rys. Zeiss Obj. DD.

przemawiał przewlekły stan zapalny, nacieki drobnokomórkowe, zmiany w naczyniach, a więc zgrubienia ścian a co najważniejsze masa komórek plazmatycznych (patrz załączone rysunki). Wobec tego przeprowadzono jeszcze kilkakrotne badanie krwi w dwu oddzielnych zakładach, myśląc, że może zaszła jakaś pomyłka w badaniu, jednak również z wynikiem ujemnym. Wykonano wobec tego próbę skórną luetynową również z wynikiem ujemnym. Wreszcie wykonaliśmy nakłucie lędźwiowe. Tutaj dopiero badanie wykazało Wassermanna silnie dodatniego (++++). Przypadek ten jest więc tylko dalszym dowodem, jak niekiedy przy guzach oczodołu trudno o ustalenie rozpoznania. Mimo przeprowadzonego leczenia przeciwkiłowego przed dwoma laty, w Zakładzie Dr. P., jak to wynika z opisanego przypadku w „Klinice Ocznej" w roku 1928, a polegającego na wcieraniach maści rtęciowej i podawaniu jodku potasu, sprawa nietylko, że nie ustępowała, ale postępując coraz dalej, doprowadziła do znacznego wytrzeszczu i następowych zmian ze strony rogówki, nie pokrytej powiekami. Przypadki tego rodzaju aczkolwiek rzadkie, a jednak zdarzają się, w których leczenie przeciwkiłowe, nie prowadzi do wyleczenia. Dowodem tego i niżej w krótkości przytoczymy przypadek, dotyczący chorej Z. B. lat 20 z rozpoznaniem *gumma iridis*. Wassermann dodatni (++++) i to *gumma* we wczesnym okresie, bo w okresie drugim, guz w tęczówce dochodzący wielkości fasoli. Mimo przeprowadzonego dokładnie leczenia przeciwkiłowego sprawa nie wykazywała najmniejszej dążności do ustępowania, lecz ciągle dalej postępując doprowadziła wkońcu do zupełnej ślepoty. Chora początkowo leczona w Kasie Chorych, następnie w Klinice Ocznej, wreszcie zgłosiła się na Oddział Oczny, prosząc sama o usunięcie oka z powodu gwałtownych bólów. Stan oka w dniu przyjęcia następujący: Gałka oczna silnie zapalona, bolesna, w tęczówce guz wielkości ziarna fasoli, silnie unaczyniony tak samo i tęczówka. Tęczówka wykazuje w obrębie źrenicy liczne zrosty, źrenica założona wypociną, torebka soczewki zgrubiała i unaczyniona. W dalszym ciągu stosowane leczenie przeciwkiłowe bez najmniejszego wpływu na sprawę chorobową „przednia komora do połowy wypełniona krwią". Ponieważ chora nie chciała dalej się leczyć, żądając usunięcia oka z powodu bólów, chcąc za wszelką cenę zachować gałkę oczną ze względów kosmetycznych, żądaniu chorej odmówiliśmy. Chora opuściła przeto Oddział i udała się z powrotem do Kasy Chorych, gdzie usunięto gałkę oczną.

Badanie drobnowidowe, udzielone mi z danego przypadku przez Kol. Buzatową następujące: Rogówka z wyjątkiem lekkiego obrzęku przedstawia się prawidłowo. Komora przednia w środkowej swej części zajęta jest przez tęczówkę, przylegającą tutaj do rogówki, po bokach zaś tworzy wolne przestrzenie, wypełnione jasną przeźroczystą masą, tęczówka jak i ciałko rzęskowe są w wysokim stopniu obrzękłe i przekrwione, wykazują wybroczynki i wylewy krwawe, nawet większy wylew krwawy między tęczówką a torebką soczewki.



Ryc. 4.
a. twardówka, b. naczynie krwionośne, c. nacieki zapalne z komórek okrągłych, d. komórki plazmatyczne.

Poza tem stwierdza się tutaj obfite nacieki zapalne, częściowo leukocytarne, częściowo z komórek okrągłych, a przedewszystkiem plazmatycznych, a dalej od strony soczewki wykazać można bujanie tkanki ziarninowej, częściowo włóknistej, która wnika do soczewki, otaczając ją miejscami pod postacią szerokiego pasma. Sama soczewka wykazuje daleko posunięte zmiany, jest w całości jakby popękana, miejscami rozpada się częściowo na jakieś twory kuliste, wykazuje obfite nacieki drobnokomórkowe zapalne, ułożone ogniskowo lub też pod postacią rozlaną, a składające się głównie z leukocytów wielojądrzastych, częściowo z komórek plazmatycznych. Co się tyczy innych części oka, mianowicie twardówki i naczyniówki, jako też siatkówki, wykazują one obrzęki, miejscami nacieki zapalne okrągło-komórkowe.

Ze względu na klinicznie stwierdzoną kiłę, jako też na podstawie obrazu drobnowidowego sprawa przedstawia się jako *iridocyclitis chronica gummosa.*

Przytoczony przypadek zasługuje na uwagę z następujących powodów:

1. Mamy przypadek kilaka tęczówki w okresie kiły drugorzędowej.
2. Mimo leczenia przeciwkiłowego, dokładnie przeprowadzonego, przyszło do zupełnej utraty wzroku, ślepoty, a w dalszym ciągu nawet do konieczności usunięcia oka z powodu gwałtownych bólów.
3. Stwierdzenie zmian zapalnych nawet w soczewce, nacieków drobnokomórkowych i komórek plazmatycznych.

Przypadki te dowodzą tylko, jak czasem mimo pewnych zmian kiłowych leczenie mimo wszystko zawodzi. Tem zrozumialsze jest to w odniesieniu do kiły oczodołu, gdzie brak naczyń chłonnych utrudnia w znacznej mierze wsysanie.

Nic też dziwnego, że przypadek nasz leczony przed dwoma laty, początkowo przeciwkiłowo przez Dra P., nie mógł być rozpoznany jako taki, lecz opisany w „Klinice Ocznej" w r. 1928 jako „Przypadek obustronnego zapalenia guza oczodołu" *(Pseudotumor)*, mimo najdokładniejszych badań, rozpoznania ustalić nie zdołano wówczas. Wahało się między sprawą zapalną gruźliczą, a kiłową skłaniając się raczej do przyjęcia sprawy gruźliczej tem więcej, że leczenie przeciwkiłowe nie dawało żadnych dodatnich wyników, a na zabieg operacyjny chory wówczas się nie godził.

Chorego tego dostaliśmy więc do leczenia w trzy lata później od wystąpienia pierwszych objawów chorobowych. Już na podstawie tego można było wykluczyć złośliwość sprawy chorobowej, bo przy tych sprawa zwykle szybko postępuje naprzód, tak samo gruźlicę oczodołu. Raczej przypuszczać należało, że mamy do czynienia z włókniakiem, przechodzącym może w mięsaka. Co do zmian, jakie istniały przed dwoma laty na oku prawem, jak to wynika z dawnego opisu, tych obecnie nie stwierdziliśmy. Jedynie chory twierdził, że oko prawe ma obecnie więcej wysadzone. Badaniem jednak niczego nieprawidłowego nie stwierdziliśmy. Ruchomość gałki we wszystkich kierunkach zupełnie prawidłowa, dno oka bez zmian, tak samo ostrość wzroku normalna 5/5, pole widzenia jednak nieco zwężone, co świadczyło o przebyciu jakiegoś procesu zapalnego prawdopodobnie w osłonce nerwu wzrokowego. Jak wytłumaczyć można wystąpienie obustronnych zmian w oczodołach, jakie istniały początkowo w roku 1928? Najprostszem by było przyjąć, że pierwotnie zmiany umiejscowione były na podstawie czaszki, a stąd sprawa zapalna wzdłuż nerwów wzrokowych przeszła do oczodołów, przeciw temu jednak przemawia brak jakichkolwiek objawów ze strony mózgu, a więc bólów głowy, które są tak charakterystyczne dla zmian kiłowych na podstawie czaszki, choćby nawet tylko ograniczonych. Raczej trzeba przyjąć, że sprawa pierwotna, ograniczona początkowo tylko do lewego oczodołu, przeszła następnie *per continuitatem* do oczodołu prawego, zwłaszcza po zniszczeniu ścian kostnych nosa, jak to stwierdzono w czasie operacji, albo też jednoczesne usadowienie w obu oczodołach.

Zmiany w oczodole pochodzenia kiłowego występują stosunkowo dość rzadko, mimo znacznego rozpowszechnienia sprawy chorobowej. Badal przyjmuje 1—2%. Jeszcze mniejszy odsetek przyjmuje Birch-Hirschfeld, bo na 129.000 chorych ocznych podaje zaledwie 68 przypadków zajęcia oczodołu, a z tych 17 tylko pochodzenia kiłowego. Sprawa chorobowa w oczodole może wystąpić albo ostro, albo mieć charakter przewlekły, wychodzić albo z samego oczodołu, najczęściej jego brzegu i to zewnętrznego, albo otaczających zatok. Przy długotrwałym przebiegu może powodować znaczne bujanie w oczodole a nawet znaczne zniszczenie ścian oczodołu, jak to widzimy i w naszym przypadku.

Co do naszego przypadku podnieść należy, że mieliśmy tutaj do czynienia z jednostajnem zajęciem całego oczodołu, z równomiernem wysadzeniem gałki ocznej ku przodowi, co rzadko spotykamy. Gałka oczna przytem jakby wmurowana w naciekłym oczodole ze wszystkich stron, oczodole chrząstkowato twardym. Po największej części mamy do czynienia z zajęciem oczodołu jednostronnem, rzadko natomiast z zajęciem obustronnem.

O ile chodzi o wiek, to zmiany te występują w pierwszem dziesięcioleciu przy zmianach wrodzonych, przy zmianach nabytych w 3—4 dziesięcioleciu.

Piśmiennictwo:

Graefe, Alfred und A. Colberg: Arch. f. Ophth. VIII. S. 288—296. J. 1861. — v. Hippel und Neuman: Arch. f. Ophth. XIII, I. S. 65—74. J. 1867. — Schott: Arch. f. Augenheilk. VII. S. 94—98. 1878. — Holme: Gazeta lekarska. Nr. 17. J. 1884. — Tangeman C. W.: Circinnati Lancet Clin. p. 789, J. 1887. — Ewans Th.: Amer. Journ. of. Ophth. p. 166 and Amer. Pract. and News. 189. — Königshofer O.: Deutsche med. Ztg. Nr. 21. J. 1890. — Cocks L.: Arch. f. Dermt. u. Syph. S. 794. 1891. — Blessings E.: Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. S. 325—335. J. 1895. — Königstein: Wiener med. Presse Nr. 8. 1895. — Mandelstamm: Centralbl. f. pract. Augenheilk. S. 298—303. 1895. — Ripault: France med., Nr. 5. 1895. — Walter: Klin. Monatsbl. f. Augenheik. S. 8—17. 1895. — Ducios: Lanquedoc medicochirurg., 5. année. Nr. 8. 1898. — Fejer: Wiener med. Wochenschrift Nr. 45. 1898. — Goldzieher W.: Z. f. Augenheilk. VII. S. 9—19. 1902. — Porot: L'Echo med. p. 178. 1902. — Frank-Fischer: Hosp. Ophth. Soc. Philadeplhia. 12. Januar. 1903. — Königstein: Wiener ophth. Ges. 20. Jan. 904. — Awerbach: Klin. Mon. f. Augenheik. N. F. V. 565. 1908. — Marquez: Arch. de Oft. p .465. Klinisch. Monatsbl. f. Augenheilk. N. F. IV. S. 619. 1908. — Natanson: Westnik Ophth. p. 440. 1908. — Birch-Hirschfeld: Die Krankheiten der Orbita. Dieses Handbuch 2 Aufl. II. Teil, IX. Bd. XIII. Kap. S. 425—444. 1908. — Brückner: Ber. über. d. 36. Vers. d. Ophth. Ges. Heilderberg. S. 440—441. Disk. Lauber. 1910. — Dimitriew: Westnik Ophth. p. 906. 1910. — Hirsch: Wien. med. Woch. S. 1950. 1910. — Birch-Hirschfeld A.: Zeitschr. f. Augenheilk. XXVII. S. 25—32. 1912. — Dold O.: Arch. of. Ophth. XLL. p. 207. 1912. — v. Mafenholtz Frh.: Zeit. f. Augenheilk. XXVIII. S. 53—58. 1912. — Werner F.: Diss. Jena. 1913. — Slepjan: Ruskij Ophth. Journal. Bd. Nr. 4. 1924. — Pines B.: Klinika Oczna. Str. 116. 1928.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Dr. Jan SZUMSKI, Komisarz i naczelny lekarz Okr. Związku Kas Chorych we Lwowie. Lwów.

Orzecznictwo w Medycynie Społecznej.

Sprawozdanie z kursu orzecznictwa i chorób zawodowych w Düsseldorfie, oraz uwagi na temat organizacji i działalności instytucyj ubezpieczeń społecznych w Niemczech i w Polsce.

Akademja Medycyny Społecznej w Düsseldorfie (Nadrenja) organizuje corocznie specjalny kurs dla lekarzy z dziedziny orzecznictwa dla celów ubezpieczeniowych, oraz chorób zawodowych. Dziedzina ta rozwija się w Niemczech od dłuższego szeregu lat, a wskutek wielkiego uprzemysłowienia kraju z konieczności poświęcać się jej musi dużo wysiłku i myśli twórczej i pod względem swej wartości posiada ustaloną opinję w całym świecie.

Dla tych powodów postanowiłem wziąć udział w Kursie — który trwał od dnia 19 do dnia 24 października 1931 r.

Ponieważ nie wszystkim Kolegom dostępną jest możliwość poznania tej najnowszej gałęzi wiedzy, jaką jest medycyna społeczna, a szczególnie ubezpieczeniowa, pragnę nieco obszerniej ją omówić i zwrócić uwagę na faktyczny przewrót, jaki się dokonał w związku z wykonywaniem naszego posłannictwa na tle rozwoju lekarskich nauk społecznych i ubezpieczeniowych. To też nie ograniczę się wyłącznie do samego sprawozdania z kursu i przedstawię również porównawczo organizację najważniejszych dziedzin ubezpieczeniowych w Niemczech i w Polsce.

Istnieją w Niemczech trzy Akademje Medycyny społecznej, mianowicie w Berlinie — (Charlottenburgu), Wrocławiu i Düsseldorfie, a ich zadaniem jest przedewszystkiem uzupełnienie w wykształceniu lekarzy wszystkich braków z dziedziny medycyny społecznej i ubezpieczeniowej, analogicznie do naszej Państwowej Szkoły Higjeny. Akademja w Düsseldorfie powstała w r. 1920. Program jej przewiduje prowadzenie w każdem półroczu trzymiesięcznych kursów dla lekarzy urzędowych (powiatowych) i pracujących w ośrodkach zdrowia i poradniach. Ukończenie kursu jest niezbędne celem dopuszczenia do egzaminu rządowego na lekarza powiatowego, podobnie jak u nas.

Poza tem Akademja organizuje kursy specjalne z dziedziny opieki nad niemowlęciem, nad osobami dotkniętemi gruźlicą, z dziedziny orzecznictwa, chorób zawodowych, zębolecznictwa społecznego i t. d. Utrzymanie Akademji kosztuje bardzo mało, gdyż około 24.000 Mk. rocznie, na co składają się opłaty od kursistów, subwencje państwowe i z ubezpieczalni krajowej. Na czele Akademji stoi kuratorjum z przewodniczącym, którym jest każdorazowy prezydent prowincji reńsko-westfalskiej. Kierownikiem naukowym Akademji jest Dr. Teleky Ludwik, lekarz przemysłowy, długoletni i niestrudzony działacz na polu medycyny społecznej, autor szeregu bardzo cennych prac i dzieł z tej dziedziny. Normalnie trzymiesięczny kurs obejmuje obszerny program, na który składa się:

1) *część ogólna,* — 74 godzin wykładowych; gospodarka zawodowa, polityka i prawodawstwo społeczne, statystyka chorób, szczególnie kasowa, metodyka propagandy higjeny, biometrja, higjena rasowa, nauka o konstytucji.

2) *kierownictwo służbą zdrowia i ubezpieczeniami społecznemi,* organizacja stanu lekarskiego, służby zdrowia, prawodawstwo ubezpieczeniowe, działalność lekarska w dziedzinie orzecznictwa (16 godzin) oszczędny sposób ordynacji.

3) *patologja społeczna,* godzin 24: choroby dzieci, umysłowe, skórne i weneryczne, kobiece, nowotwory złośliwe, gruźlica.

4) *opieka społeczna,* godzin 100: cel, zadania i organizacja, szczególnie organizacja na wsi, — opieka lekarska nad rodziną jako podstawą społeczeństwa, etyka lekarza poradni, opieka nad dzieckiem i młodzieżą szkolną, nad kalekami, walka społeczna z gruźlicą, alkoholizmem, chorobami wenerycznemi, opieka nad przestępcami, ciążą, chorymi umysłowo; szpitalnictwo, opieka nad mieszkaniami łącznie z polityką mieszkaniową, ochrona i higjena pracy, choroby zawodowe, opieka w nagłych wypadkach i ratownictwo, choroby zakaźne.

Prócz powyższych, są specjalne wykłady w ilości 100 godzin, dla lekarzy powiatowych.

Obowiązkowa praktyka tygodniowa w poradni miejskiej i wiejskiej i zwiedzanie bardzo licznych szpitali, zakładów, poradni, urządzeń sanitarnych i higjenicznych miejskich, warsztatów pracy i t. p.

Pozwoliłem sobie na wyliczenie tego bogatego programu, by niejako uzmysłowić w ten sposób ten ogrom wiedzy, który narósł w ostatnich latach i stworzył szereg wybitnych fachowców i specjalistów w poszczególnych dziedzinach.

Tygodniowy kurs, na który uczęszczałem w Düsseldorfie, obejmował 35 godzin wykładów i prowadzony był w wielu dziedzinach praktycznie na materjale klinik uniwersyteckich i ubezpieczalni krajowej. Muszę zaznaczyć, że organizacja kursu była pod każdym względem doskonała. Nad całością czuwał sam kierownik, Dr. T e l e k y, pełen młodzieńczej werwy i zapału naukowego, oraz sekretarka Akademji; dokładali oni wszelkich starań, by nam ułatwić całe studjum i umożliwić dostęp do różnych, godnych zwiedzenia Zakładów i Instytucyj. Dzień był pracowicie w całości wypełniony, a znużenie nie pozwalało na żadne rozrywki i przyjemności, które w obcem środowisku mogły stanowić atrakcję. Wykłady wstępne obejmowały przedmioty: organizacja ubezpieczenia chorobowego, inwalidzkiego i od wypadków, prawne podstawy orzecznictwa dla celów ubezpieczeniowych, orzecznictwo sądowe i społeczno-prawne, specjalnie orzecznictwo dla celów Kas Chorych. Wykładowcami w tej grupie byli wybitni fachowcy, z wiceprezydentem krajowej ubezpieczalni Drem A p e l i u s e m i profesorem medycyny sądowej Drem B e r g i e m na czele.

Podczas trwania kursu mieliśmy możność szczegółowego zapoznania się z organizacją i działalnością wszelkich rodzajów ubezpieczeń społecznych w Niemczech, co nam następnie wysoce ułatwiło studjum porównawcze z ubezpieczeniami w Polsce.

Muszę stwierdzić, że organizacja głównego naszego ubezpieczenia na wypadek choroby stoi o wiele wyżej od niemieckiego. Jak wiemy, przyjęto u nas za zasadę zupełną unifikację wszystkich Kas Chorych, których po definitywnem zakończeniu będącej obecnie w toku reorganizacji, będzie w Państwie tylko 61, z ogólną liczbą ubezpieczonych powyżej 2 i 1/2 miljona. Ułatwi to ogromnie administrację, zapewni tworom słabszym liczebnie i zasobnie możliwość należytej rozbudowy lecznictwa, a wreszcie przygotuje ewentualnie grunt pod ogólne zcalenie wszystkich ubezpieczeń. Nadbudówkę kas w naszem państwie stanowią cztery Okręgowe Związki Kas Chorych i Ogólno Państwowy Związek Kas Chorych w Warszawie.

Nadmienię, że pracownicy rolni w b. Kongresówce i na Kresach Wschodnich nie są dotąd objęci naszem ubezpieczeniem przeciwchorobowem.

W przeciwieństwie do tego stanu rzeczy istnieje w Niemczech 7425 Kas Chorych a to:

Kasy miejscowe *(Ortskrankenkassen)*	2140
Kasy fabryczne (warsztatowe, *Betriebskrankenkassen)*	3958
Kasy wiejskie *(Landeskrankenkassen)*	423
Kasy cechowe *(Innungskrankenkassen)*	871
Kasy brackie górników *(Knappschaftskrankenkassen)*	33

Liczba ubezpieczonych w tychże kasach wynosi ogółem 21,700.000.

Istnieje prócz tego jeszcze Morska Kasa Chorych *(Seekrankenkasse)* dla załogi statków i okrętów.

Do najliczniejszych i najsilniejszych należą Kasy miejscowe i w miejscowości, w których one istnieją, nie wolno tworzyć innych Kas, o ile ich powstanie zagrażałoby bytowi tych pierwszych. Przy tej olbrzymiej ilości Kas łatwo zrozumieć, jak rozproszkowaną i utrudnioną jest ich odrębna administracja.

Okres świadczeń pieniężnych w Kasach niemieckich zaczyna się od czwartego dnia niezdolności do pracy i trwa, podobnie jak okres świadczeń leczniczych, przez czas 26 tygodni. Świadczenia te w naszych Kasach, trwają ustawowo 39 tygodni, mogą być przez poszczególne Kasy statutowo przedłużone aż do 52 tygodni. Czas ten zatem i związane z nim wydatki są nieproporcjonalnie większe jak w Niemczech, nakładają na nasze Kasy ogromne zobowiązania, z których niezawsze mogą się one należycie wywiązać. Skąd ta duża różnica w ubezpieczeniach chorobowych naszych i niemieckich, — zrozumieją Panowie poznając wkrótce organizację innych ubezpieczeń w Niemczech.

Analogicznie do naszego, istnieje w Niemczech *ubezpieczenie od wypadków*. Przedmiotem ubezpieczenia jest tutaj zwrot za szkodę, poniesioną przez uszkodzenie ciała, względnie śmierć, które zaszły podczas wykonywania zawodu. U osób ubezpieczonych równocześnie w Kasach Chorych, świadczenia zaczynają się dopiero po wyczerpaniu tamże okresu świadczeń t. zn. w 27 tygodniu. Poszkodowany w wypadku, otrzymuje leczenie i wszelkie zabiegi, aparaty i t. p., które mają usunąć jego kalectwo, względnie uczynić je łagodniejszem do zniesienia. W tym okresie czasu otrzymuje on t. zw. dodatek pieniężny na pielęgnację w kwocie 20—75 Mk. miesięcznie. Po tym okresie leczniczym, gdy stan uszkodzenia utrwali się, zostaje ubezpieczonemu przyznana renta, a to: przy zupełnej utracie zdolności zarobkowej pełna renta w wysokości 2/3 jego zarobku rocznego, przy częściowej utracie odpowiednio mniej procentowo. W razie śmierci należy się rodzinie zasiłek pogrzebowy, a wdowie i dzieciom renta. W dalsze szczegóły organizacji tej dziedziny ubezpieczeń nie będę się wdawać, wspomnę tylko, że ubezpieczeniem tem objęte są również choroby zawodowe, o których będzie obszernie mowa niżej. Ilość ubezpieczonych od wypadków wynosi w Niemczech 23,000.000, u nas w roku 1928 — 3,677.318 osób.

Pominę zupełnie omawianie organizacji ubezpieczenia pracowników umysłowych i od bezrobocia [1]), gdyż one w omawianym obecnie temacie nas nie interesują i przedstawię pokrótce organizację niemieckiego *ubezpieczenia inwalidzkiego*, które u nas dotąd, poza Górnym Śląskiem i częściowo Poznańskiem, jeszcze nie istnieje [2]), a o które ze zrozumiałych powodów dopomina się tak żarliwie klasa robotnicza i związki zawodowe [3]). Ubezpieczenie to, w całokształcie ubezpieczeń, posiada specjalne znaczenie i dlatego pragnę z niem w paru słowach zapoznać czytelników. Ubezpieczenie inwalidzkie obejmuje w Niemczech 18,000.000 osób, którym w wypadku inwalidztwa, względnie ukończenia 65 lat życia, przysługuje stała renta, a w razie śmierci ubezpieczonego, zaopatrzenie dla rodziny pozostałej. Inwalidą w pojęciu ustawy staje się pracownik fizyczny, który wyczerpał okres świadczeń w Kasie Chorych, względnie stał się nim, jako niezdolny, wskutek choroby do pracy na dłuższy okres czasu, względnie na stałe, o ile zdolność do pracy spadła powyżej 33% i ubezpieczony opłacał wkładki conajmniej przez okres 200 tygodni (tak zwany „okres wyczekiwania"). W razie śmierci ubezpieczonego wdowa, jak również dzieci i wnuki, o ile były na jego utrzymaniu (do 15, względnie 21 roku życia) otrzymują zaopatrzenie. Gdy wdowa wyjdzie ponownie zamąż, dostaje specjalną odprawę w wysokości jej rocznej renty. W wypadku, gdy ubezpieczony pobiera rentę z funduszu ubezpieczenia od wypadków, lub pracowników umysłowych, nie ma prawa do renty z funduszu ubezpieczenia inwalidzkiego. Wobec istnienia w Niemczech ubezpieczenia inwalidzkiego, rola Kas Chorych i ich świadczenia są znacznie ograniczone i odnoszą się głównie do ostrych i podostrych stanów chorobowych, względnie do tych, które w ciągu 26 tygodni dają powrót do zdrowia i uzyskanie zdolności do pracy. Kasy Chorych uwolnione są od wszelkich przewlekłe chorych i nieuleczalnych przypadków, dla których i 52-tyg. okres świadczeń nie wystarcza, a wiemy wszyscy dobrze, że najbardziej byt Kas podcinają te właśnie przypadki, że powodują one instytucji najwięcej kłopotów w momencie wyczerpania okresu świadczeń, a dalszego trwania cierpienia, niezdolności do pracy, rzucając nieraz na pastwę losu ubezpieczonego. To też, traktując organizację inwalidztwa pracy w imię zasad sprawiedliwości społecznej, musimy przyznać, że istnienie jego w normalnych warunkach jest niezbędne i należałoby sobie życzyć, by u nas jak najprędzej zaczęło obowiązywać. Lecz z drugiej strony musimy stwierdzić, że z punktu widzenia ogólnej gospodarki państwowej, jest to ciężar szalony i Niemcy mają z tem dzisiaj niemało kłopotu, by się należycie wywiązać z włożonych na siebie nadmiernych obowiązków. W r. 1930 zapłacił rząd Rzeszy ze Skarbu państwa kwotę 215.000.000 Mk. do funduszu inwalidzkiego, którego normalne składki nie wystarczyły na pokrycie wydatków. Wprowadzenie u nas ubezpieczenia inwalidzkiego będzie możliwe jedynie w związku ze scaleniem wszystkich ubezpieczeń i znacznem ograniczeniem świadczeń w ubezpieczeniu chorobowem.

Poznawszy w ogólnych zarysach organizację tych licznych ubezpieczeń społecznych w Niemczech, zrozumiemy, jak niezmiernie ważną jest rzeczą odpowiednia organizacja orzecznictwa i takie jego usprawnienie, by wykluczyć możliwość wszelkich pomyłek, nieścisłości i zaniedbań. Orzeczenie musi być ścisłe, nie może krzywdzić ubezpieczonego, ani narazić na straty instytucji. Nad tą dziedziną czuwają w Niemczech specjalne ubezpieczalnie krajowe, które są właściwymi dysponentami funduszem inwalidzkim. Z biegiem lat wytworzono liczne kadry fachowców w poszczególnych działach, którzy sobie dają radę z najzawilszemi przypadkami, a szczególnie z określaniem rokowania, co ma pierwszorzędne znaczenie przy ocenie czasu trwania i stopnia utraty zdolności zarobkowej. Że w kraju tak potężnie uprzemysłowionym, jak Niemcy, wkrótce po ukazaniu się odnośnej ustawy zaczęła się mnożyć ogromna ilość wypadków przy pracy i zaczęły wzrastać przypadki inwalidztwa, nie będziemy się wcale dziwić, jak też i temu, że wkrótce namnożyła się wielka ilość specjalistów lekarzy, którzy rozbudowali nowe kierunki wiedzy i pogłębili ją na podstawie ogromnego materjału praktycznego.

---

[1]) Ilość ubezpieczonych w Z. U. P. U. w roku 1928 wynosiła w Polsce 225.081, zaś od bezrobocia 932.637 osób.

[2]) Ubezpieczenie inwalidztwa i starości obejmuje u nas kolejarzy w byłej dzielnicy pruskiej, górników w Małopolsce i na Górnym Śląsku w liczbie 964.465 osób.

[3]) Projekt ustawy scaleniowej obejmującej wszystkie krótko- i długoterminowe ubezpieczenia i wprowadzającej u nas również ubezpieczenie od inwalidztwa pracy i starości został w pierwszych dniach marca b. r. przedłożony przez rząd Sejmowi.

Na podstawie krótkiej charakterystyki tych przeróżnych rodzajów ubezpieczeń łatwo zrozumiemy, że zasadniczo inne są zadania i wymogi dla orzecznictwa z dziedziny ubezpieczenia kasowego, a ubezpieczenia wypadkowego z inwalidzkiem włącznie. W orzecznictwie dla celów Kas Chorych idzie głównie o dobre rozpoznanie, a następnie o ogólną ocenę niezdolności do pracy i przypuszczalny czas jej trwania [4]). Niemieckie Kasy Chorych eliminują orzecznictwo z czynności zwykłych lekarzy ordynujących i oddają je w ręce specjalnych lekarzy zaufania *(Vertrauensärzte)*, będących urzędnikami Kasy. Większe Kasy miejskie, jak np. Kasa Chorych w Düsseldorfie, którą zwiedziłem, posiadają specjalne biura lekarzy zaufania, które mają do pomocy podręczne laboratorja i są, dzięki temu, w możności każdy prawie przypadek szybko i ściśle określić. O ile lekarz ordynujący nie zgadza się z oceną komisji lekarzy zaufania, przysługuje mu prawo w ciągu 24 godzin przedstawić chorego komisji specjalnej, złożonej z dwóch lekarzy specjalistów, wybranych z pośród ogółu lekarzy ordynujących za pośrednictwem Związku lekarzy. Przypadki takie jednak, jak mnie informowano, bardzo rzadko się zdarzają. Doniosłe znaczenie mają badania osób ubezpieczonych, dokonywane przez komisje lekarzy zaufania w odniesieniu do świeżo powracających ze szpitali, a szczególnie w tych przypadkach, gdy kończy się okres świadczeń i chory dobrowolnie zgłasza się do pracy. W myśl niedawno wydanego rozporządzenia niemieckiego Ministra Pracy, osobnik taki tylko wtedy może powrócić do pracy, gdy lekarze uznają go za zdolnego do niej. Gdyby u nas zwyczaj ten wprowadzono i rygorystycznie go przestrzegano, uniknęłoby się wiele fikcyjnych zgłoszeń, tylko w tym celu, by po upływie krótkiego niezbędnego czasu zacząć na nowo okres chorowania i pobierania zasiłku. My, lekarze kasowi, dobrze wiemy ile te przypadki sprawiają nam nieraz przykrości, a kłopotów finansowych Kasie. Należałoby też sobie życzyć, by podobne rozporządzenie zostało wkrótce u nas wprowadzone w życie.

W przeciwieństwie do kasowego, — orzecznictwo w ubezpieczeniach wypadkowem i inwalidzkiem musi ściśle ustalić związek wypadku, względnie choroby z zawodem, oraz ściśle określić, w jakim stopniu została ograniczona zdolność do pracy ogólna i zawodowa. Każde badanie ma tu niezmiernie ważne znaczenie i musi być z dużem znawstwem danej dziedziny lekarskiej przeprowadzone. Należy szczególną uwagę zwrócić na dokładne pierwszorazowe badanie i wyczerpujący opis pierwszego badania w karcie choroby. Lekarz badający i orzekający musi być ściśle bezstronny, ani ubezpieczonemu, ani instytucji nie iść specjalnie na rękę, będąc przedewszystkiem lekarzem. Uniknie on wtedy wszelkich możliwych konfliktów z własnem sumieniem, bądź też z ustawą. Lekarz orzekający w drugiej instancji musi zawsze brać pod uwagę poprzednie wyniki badań. Symulanta, bądź też agrawanta demaskować należy niemiłosiernie, chorego zaś istotnie, czy okaleczałego, traktować zawsze z dużą dozą humanitarności, wniknąć szczegółowo w jego cierpienie, starać się zainteresować jego osobą, tak podczas badania, jak i później, ewentualnie nawet drogą korespondencji.

Orzecznictwo z dziedziny wypadkowej i inwalidzkiej zcentralizowane jest w Niemczech w t. zw. ubezpieczalniach krajowych *(Landesversicherungsanstalt)*, których jest ogółem 30. Czuwają one, przy pomocy wybitnych fachowców, tak z dziedziny ubezpieczeniowej, jak i lekarskiej nad sumiennością, ścisłością i dokładnością badań i wystawianych orzeczeń; specjaliści o dużej erudycji i wyrobieniu klinicznem, którzy doskonale opanowali poszczególne działy schorzeń, bądź też uszkodzeń zawodowych i wypadkowych, — dają pełną gwarancję, że postępując w myśl wyłuszczonych powyżej zasad, potrafią zawsze bronić interesów instytucji, nie narażając przytem nigdy na krzywdę ubezpieczonego.

Z dziedziny orzecznictwa wypadkowego i inwalidzkiego mieliśmy na kursie 14 godzin wykładów. Wykładowcami byli: prof. Dr. M o l i n e u s i asyst. Dr. B r o n n e r. (orzecznictwo uszkodzonych chirurgicznie z demonstracją nowoczesnego postępowania chirurgicznego) radca Dr. Lochtkemper, (orzecznictwo chorób wewnętrznych, łącznie z gruźlicą i pylicami; inwalidztwo i lecznictwo), prof. Dr. S i o l i (choroby umysłowe i nerwice).

Pragnę tutaj podać niektóre spostrzeżenia, które dla mnie przedstawiały temat większego zainteresowania, a które może dla niejednego z lekarzy-specjalistów będą rzeczami dawno znanemi i praktykowanemi. I tak: Dr. L o c h t k e m p e r zwraca szczególną uwagę na postacie gruźlicy płuc, wychodzącej z gruczołów oskrzelowych, które zachodzą nierzadko u ludzi na pozór silnych i zdrowych i wymagają szczególnej ostrożności w rokowaniu i ocenie zdolności do pracy zarobkowej. Obszerniej omawia problem jam w miąższu płucnym, które dają często znaczną poprawę przy leczeniu klimatyczno-zakładowem. Pokazuje bardzo wielką ilość ciekawych zdjęć rentgenowskich i przechodzi szczegółowo orzecznictwo w odniesieniu do poszczególnych okresów gruźlicy. Przypadki raz stwierdzonej gruźlicy otwartej obniżają zdolność do pracy zarobkowej w 50 do 100%. Istnieje ścisła łączność pomiędzy gruźlicą a pylicami, które stanowią tutaj niejako czynnik usposabiający. Szczególnie dotyczy to krzemicy *(silicosis)*, która stanowi jedno z poważniejszych uszkodzeń, wywołanych zawodem. O pylicach płuc myśli się w naszych warunkach stosunkowo bardzo rzadko, chociaż tak liczne zawody są na nie narażone. I tak, wymienię najważniejsze: robotnicy fabryk gipsu i cementu, młynarze, kamieniarze, robotnicy fabryk szkła i porcelany, robotnicy rozmaitych gałęzi przemysłu drzewnego, szczotkarze i robotnicy fabryk włosia, robotnicy fabryk tytoniu, kuśnierze, górnicy, zatrudnieni szczególnie w kopalniach węgla, kamieniarze, i t. p. Objawy i przebieg pylic mogą być bardzo rozmaite: od ostrych zapaleń płuc, do przewlekłych zmian w miąższu płucnym z bujaniem łączno-tkankowem, powikłanych przewlekłemi nieżytami i rozstrzeniami oskrzeli, a nadewszystko gruźlicą. Głównemi objawami w procesach daleko posuniętych bywają tak często obserwowane: duszność, ciągła skłonność do kaszlu, przykry ból w piersiach, nierzadko wtórne objawy ze strony serca. Badanie fizykalne nie znajduje naturalnie nic charakterystycznego dla pylic, jedynie zdjęcia rentgenologiczne dają obrazy wiele mówiące i muszą być zawsze wykonywane. H a r n i s na 41 starszych robotników z fabryki porcelany u 31 (t. zn. 75.6%) stwierdził duże, charakterystyczne zmiany w płucach. Na pokazanych nam zdjęciach płuc mieliśmy możność sami stwierdzić wybitne zmiany w postaci drobnych ziarnistości, bardzo wyraźnie występujących przy wolnych zupełnie szczytach i częściach dolno-bocznych. Są one znacznie większe i mają bardziej nierówne kontury i nie są tak zbite, jak w gruźlicy prosówkowej; opisywane są też duże, rozległe cienie w obrębie wnęki.

Wykład prof. Dr. M o l i n e u s a z dziedziny chirurgicznych uszkodzeń prowadzony był praktycznie. Badał wobec nas przypadki skierowane na orzeczenie do ubezpieczalni i dyktował wynik badania sekretarce, która sporządzała bezzwłocznie na maszynie czystopis na przepisanym blankiecie. Z dużą erudycją, bystrością i przenikliwością zwracał uwagę na każdy szczegół, nieraz na pozór drobny i bez znaczenia. W tej dziedzinie spotyka się szczególnie dużo symulacji bądź też agrawacji, wykładowca podał zatem szereg sposobów i podstępów dla demaskowania tych osób. W orzecznictwie należy pamiętać, że często występują ciężkie powikłania po urazach dopiero po latach i bywają wtedy mylnie rozpoznawane jako gościec stawowy, lub mięśniowy i t. p. (n. p. *osteomyelitis*).

Ze względu na to, że wiele przypadków inwalidztwa i pobierania renty jest często następstwem nieumiejętnego i błędnego leczenia w samych początkach, Dr. B r o n n e r miał specjalny wykład, celem ogólnego zorjentowania w nowoczesnem traktowaniu złamań. Przedewszystkiem zatem należy wykonać repozycję bezzwłocznie po złamaniu, o ile możności w znieczuleniu miejscowem i pod kontrolą Roentgena. W wypadku zastosowania opatrunku gipsowego, winien być ten ostatni niepolstrowany, by umożliwiał od samego początku swobodne wykonywanie ruchów. W otwartych złamaniach konieczny zazwyczaj jest wczesny zabieg krwawy. Po zregulowaniu repozycji, znowu kontrolny Roentgen i jeszcze raz po zdjęciu opatrunku. Dopiero po całkowitem ustaleniu odłamków kostnych można coś konkretnego powiedzieć co do renty inwalidzkiej. W końcu zademonstrował Dr. B r o n n e r ustalenia złamań różnemi systemami wyciągów na licznym materjale kliniki uniwersyteckiej.

Psychjatra Dr. S i o l i odbywa swoje wykłady w pięknie urządzonej klinice, objaśniając je wielką ilością bardzo ciekawych przypadków, skrzętnie dobieranych i gromadzonych przez dłuższy okres czasu, jako znakomity materjał pokazowy. Czterogodzinny wykład poświęcony był trzem zasadniczym zagadnieniom, które pod względem orzecznictwa zasługują na specjalną uwagę, a to: 1) śpiączkowemu zapaleniu mózgu, 2) nerwicom urazowym, 3) histerji.

Przewinął się przed nami długi szereg charakterystycznych typów encefalityków z ledwie zaznaczonemi objawami, uchwytnemi tylko dla wprawnego specjalisty, — do najcięższych postaci w okresie daleko posuniętej hiper- bądź też a-kinezy. Wszyscy oni bez wyjątku są 100% niezdolni do pracy. Główną wytyczną w orzecznictwie u tej kategorji chorych winna być długa i szczegółowa obserwacja. Należy pamiętać o tem, że postacie przewlekłe rozwijają się bardzo powoli, że bywają często remisje, które mogą dać powód do omyłek rozpoznawczych.

---

[4]) Instytut Ubezpieczeń Społecznych w Krakowie wydał w ostatnich dniach spolszczone dziełko Dra Tröschera p. t. „Zasady orzecznictwa lekarskiego o niezdolności do pracy wskutek choroby" (do nabycia w Okr. Zw. Kas Chor. w Krakowie).

W dziale schorzeń urazowych bardzo ważną rzeczą jest opracowanie szczegółowego „statutu“ i w tym celu prof. Sioli podaje przez siebie opracowany schemat badania neurologicznego i psychjatrycznego. Wreszcie w odniesieniu do należycie zdemaskowanych histeryków radzi prof. Sioli być zupełnie bezwzględnym. W zasadzie są oni zdolni do pracy, nie kwalifikują się do leczenia w uzdrowiskach i zwykłych zakładach hydro- i fizykoterapeutycznych, a jedynie do zakładu zamkniętego z należytą surową dyscypliną.

Z podanego tutaj dość wyczerpująco sprawozdania mieli czytelnicy możność dokładnego zorjentowania się, jak wysoko stoi orzecznictwo w Niemczech, ile trudu mu się poświęca i jak głęboką wagę przywiązuje do niego niemiecka medycyna ubezpieczeniowa. Nic w tem dziwnego, gdy sobie uprzytomnimy kolosalny rozwój ubezpieczeń, który pochłania rokrocznie ni mniej, ni więcej tylko takie zawrotne kwoty (z r. 1928) w tysiącach marek:

1.	Ubezpieczenie chorobowe	1,865.830
2.	„ wypadkowe	377.454
3.	„ inwalidzkie	805.875
4.	„ pracowników umysłowych	121.290
5.	„ od bezrobocia	941.399
	Razem	4,111.648

czyli ogółem z górą cztery miljardy marek [5]).

Te olbrzymie liczby dają z jednej strony dostateczne pojęcie o ciężarze, jaki państwo i sfery gospodarcze, jak i pracownicze, zmuszone są ponosić przy dzisiejszym kryzysie, z drugiej zaś strony musimy sobie jasno zdać sprawę z tego, że odbieranie w dzisiejszych czasach i nastrojach czegokolwiek ze zdobyczy socjalnych mas, byłoby rzeczą wielce niepopularną i mocno ryzykowną.

W Polsce analogiczne liczby przedstawiają się w r. 1928 następująco:

Dochody Kas Chorych	222,667.535 Zł
Dochody ubezpieczeń inwalidzkich i starości w b. zaborze pruskim i górników w Małopolsce	33,665.684 Zł
Dochody ubezpieczeń pracowników umysłowych	93,984.544 Zł
Dochody ubezpieczeń od wypadków	54,457.500 Zł
Dochody ubezpieczeń na wypadek bezrobocia	51,001.462 Zł
ogółem	455,776.725 Zł

Orzecznictwo nasze odnosi się na razie tylko, poza byłym zaborem pruskim, do Kas Chorych, ubezpieczenia od wypadków i pracowników umysłowych.

O pierwszem mówiłem już obszerniej wyżej porównując stan orzecznictwa w Niemczech i w Polsce. Ubezpieczenie wypadkowe w znacznie wyższym stopniu, jak kasowe jest wrażliwe na każde zaniedbanie, czy też błąd, lub niedopatrzenie, które mogą narazić instytucję na duże straty wynikłe z niesłusznego przyznania rent. Nie czuję się sam powołanym do krytykowania Kolegów, jednakże przytoczę bardzo charakterystyczne słowa naszego Ministra spraw zagranicznych Nr. K. I. 1967/30 z dnia 13. III. 1930. pisane do Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, które poddaje surowej krytyce nasze orzecznictwo.

„Świadectwa lekarzy polskich nie wytrzymują porównania z francuskiemi, ani co do formy, ani co do treści, pisane zazwyczaj nie na blankietach, lecz na zwyczajnych kawałkach papieru w kilku wierszach. Świadectwa lekarzy polskich ograniczone są do skonstatowania rany i określenia jej procentem, przeważnie nieco wyższym od procentu, ustalonego przez lekarza francuskiego“.

Na skutek tego pisma Departament Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych wydał dnia 8. lipca 1931 okólnik Nr. 124, który poleca „...., by lekarze urzędowi w zaświadczeniach, określających stan chorobowy lub zniekształcenie, wywołane przypadkiem przy pracy i stopniu utraty zdolności zarobkowania, liczyli się z ważnością takich świadectw dla zainteresowanych osób, oraz władz i ażeby zwracali szczególną baczność na konieczność dokładnego opisania stanu chorego, czy poszkodowanego, na ścisłość skonstruowania opartych na tym opisie orzeczeń opinjodawczych i wszechstronnego ich uzasadnienia“.

---

[5]) Cytowane podług *„Leitfaden der deutschen Sozialversicherung“ bearbeitet von Mitgliedern des Reichsversicherungsamtes 1930. Verlag Jul. Springer.*

OCENY I SPRAWOZDANIA.

Eskil Kylin: *Die Hypertoniekrankheiten.* Drugie wydanie. Berlin. Julius Springer. 1930. Str. 270 z 28 rycinami. Cena 22 Mk.

Po 4 latach Kylin ogłosił drugie wydanie swej książki o nadciśnieniu, szczegółowo przeglądnięte i uzupełnione.

Kylin pierwszy badał prawidłowe wartości ciśnienia tętniczego i kapilarnego. Opierając się na krytyce metod klinicznych i statystyce, ustanawia prawidłowe ciśnienie skurczowe od 100—145 mm słupa rtęci dla wieku do lat 40, dla wieku wyższego od 145—150 mm. Wahania dzienne nie przekraczają 15 mm. Prawidłowe ciśnienie włoskowatych naczyń wynosi 80—200 mm wody z dziennem wahaniem, nie przekraczającem 40 mm. Wartości dla ciśnienia naczyń włoskowatych są niezależne od wieku. Prawidłowa anatomja i fizjologja, jako też patologja naczyń włoskowatych omawiane są z erudycją w związku z zachowaniem się ciśnienia krwi.

Następnie omawia autor mechanizm nadciśnienia. Wykazuje małowartościowość czynników: serca, objętości krwi i lepkości krwi, jako też miażdżycy wielkich naczyń. Uwagę zwraca na drobne tętniczki i naczynia włoskowate. Badanie doświadczalne i kliniczne przeczą powstawaniu nadciśnienia z przyczyn leżących w nerkach, zatrzymanej w ustroju epinefryny albo innego nieznanego czynnika, wzmagającego ciśnienie. Nowoczesny pogląd, świetnie uzupełniony i zebrany przez Kylina, identyfikuje nadciśnienie ze zmianami w naczyniach włoskowatych i małych tętniczkach. Zmiany w nerkach są bezwzględnie wtórne.

Klinicznie schorzenia nadciśnienia tworzą dwie grupy: nadciśnienie samoistne i ostra ogólna kapilaropatja (t. z. ostre kłębuszkowe zapalenie nerek).

Nadciśnienie samoistne jest dziedziczną, konstytucjonalną, anatomiczną, naczynio-ruchową neurozą z uszkodzeniami hormonalnemi. Konstytucja, układ wegetatywny i gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu są nierozerwalnie złączone w nieprawidłowym odczynie ustroju. Odczyn nieprawidłowy objawia się różnorodnością fenomenów. Chorzy lub ich rodziny cierpią na cukrzycę, dnę, otyłość, astmę, migrenę, spastyczne stany jelit oraz zmiany naczynio-ruchowe. Napad często występuje w menopauzie. Cytowane jest ciekawe badanie Raaba (asyst. kliniki Wenckebacha), wskazujące na wzmożoną wrażliwość ośrodków naczynio-ruchowych osób z nadciśnieniem na dwutlenek węgla, zawartego we krwi. Osobnik z nadciśnieniem samoistnem skłania się w kierunku wagotonji. Krew bogata jest w potas, natomiast uboga w wapń i cholesterol. Odczyn na epinefrynę jest paradoksalny. Bardziej rozstrzygający jest obniżające działanie insuliny. Hipoglikemja wyrównawcza w następstwie reakcji tolerancyjnej cukru jest uderzająca. W dodatku spotyka się tu nieznaczną hiperglikemję, zmniejszającą tolerancję cukrową i czyniącą krzywą cukru we krwi płaską na działanie epinefryny.

W nadciśnieniu samoistnem naczynia włoskowate są prawidłowe, co się tyczy morfologji i ciśnienia. Ciśnienie tętnicze jest w tej postaci nadciśnienia najwyższe i oparte jest na skurczu tętniczek. Olbrzymie dzienne wahania aż do 100 mm rtęci są charakterystyczne i służyć mogą za dowód słuszności poglądu o czynnościowych zmianach naczynio-ruchowych, jako ich przyczyny. Rozlana *„arteriolosclerosis“*, która jest towarzyszem tych zmian patologicznych, jest końcowym okresem i skutkiem ostatecznym nadmiernej pracy tętniczek. Korzystny wpływ leczniczy wywierają: atropina, wapń, wyciągi z gruczołów płciowych oraz zastrzyki nieswoistego białka.

Ostra ogólna kapilaropatja jest podzielona na typ pochodzenia zakaźnego (t. z. *glomerulonephritis acuta)* i typ, biorący swój początek w ciąży, które są zasadniczo podobne. Patogenezą jest czynnik jadowity — z jednej strony paciorkowiec, z drugiej strony prawdopodobnie pochodzenia placentarnego. Czynnik ten wywołuje ogólne rozszerzenie naczyń włoskowatych z odruchowym skurczem tętniczek. Naczynia nerkowe są najbardziej wrażliwe. Niesłusznem jest tłumaczenie tych procesów zmianami morfologicznemi naczyń włoskowatych. Pierwotnem umiejscowieniem czynności jest naczynie włoskowate; odpowiedź tętniczek jest wtórną.

Ciśnienie naczyń włoskowatych wzrasta z 300—400 mm słupa wody z dziennemi wahaniami aż do 130 mm. Ciśnienie tętnicze wzrasta zwolna i wykazuje tylko nieznaczne wahania dzienne. Obrzęki spowodowane są wzrastającą przepuszczalnością naczyń włoskowatych. Ta może być wynikiem zmian w ścianach naczyń włoskowatych, zwiększonego ciśnienia hydrostatycznego lub zmniejszonego ciśnienia osmotycznego krwi. Zmiany na dnie oka wywołane są przez dalej posunięte uszkodzenia organiczne naczyń. Kylin podkreśla okoliczność, że wzrost ciśnienia w naczyniach włoskowatych i tętniczkach, jako też i obrzęki poprzedzają objawy nerkowe. Zmiany nerkowe są tylko wtórne. Co się tyczy wydzielania wody, nerka sama nie musi być zmieniona, tkanki mogą

wiązać wodę: w ten sposób ciężka oligurja może ustąpić miejsca obfitemu wydzielaniu moczu, w następstwie czego znikają i obrzęki. Krew wykazuje małe wartości wapnia i białka i niskie ciśnienie osmotyczne. W końcu Kylin omawia trwałe schorzenia z nadciśnieniem i uważa je za stacje końcowe, które tworzą często połączenie postaci nadciśnienia samoistnego z ostrą, rozlaną kapilaropatją. One są wynikiem niezmiennych organicznych zmian naczyniowych.

W dziele swym Kylin wykazuje gruntowną i szczegółową znajomość piśmiennictwa oraz wprost imponuje trafnością i odwagą swych poglądów. Kylin jest przedewszystkiem klinicystą i przeto swe poglądy i rozważania oparł na spostrzeżeniach klinicznych. Praca Kylina odbiła się szerokiem echem w całym świecie lekarskim, znalazła wielu zwolenników, lecz też i szereg przeciwników. Kto zajmuje się bliżej zagadnieniami nadciśnienia, ten bezwzględnie zapoznać się powinien z tą książką. Z pewnością wielki wywrze wpływ nań logiczny i jasny kierunek myślenia Kylina.

Dr. Ungar (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Pedjatrja Polska, tom XI, zeszyt 6, z roku 1931: H. Frenklowa i A. Margolisowa: Metody i wyniki leczenia ropniaków opłucnej u dzieci na podstawie 634 przypadków, spostrzeganych w szpitalach Anny Marji w Łodzi od r. 1912—1931. — H. Frenklowa i A. Margolisowa: O ropniakach odmowych opłucnej i ropniach płuc u dzieci na podstawie przypadków, spostrzeganych w szpitalu Anny Marji w Łodzi od roku 1911—1931. — A. Paszkiewicz: O leczeniu zachowawczem ropniaków opłucnej. — L. Bernaciński: Badania nad stężeniem jonów wodorowych w ropie ropniaków opłucnej. — H. Brokman i A. Festensztat: Z diagnostyki spraw zapalnych miąższu płucnego. — P. Lidzka: Ciśnienie krwi w przebiegu zapalenia płuc u dzieci i jego znaczenie dla rokowania. — W. Klepacki: Nawrót płatowego zapalenia płuc pod wpływem odry. — T. Mogilnicki: Szpitalnictwo dziecięce w Polsce w 1931 roku. — Wł. Mikułowski: O znaczeniu kazuistyki klinicznej dla kształcenia pedjatrycznego. — Fr. Cieszyński: Organizacja i działalność oddziału noworodków. — A. Nasiłowski: Stan lecznictwa dziecięcego w Zagłębiu Dąbrowskiem. — St. K. Kon, M. Mayzner i Z. Grynberg: Badania nad działaniem drożdży naświetlanych na krzywicę u dzieci. — H. Brokman, M. Mayzner i J. Sulkes: Badania kliniczne nad działaniem pyramidonu w szczepieniu ospy.

Kronika Izby Lekarskiej Lwowskiej, rok II, nr. 9—10 z roku 1931: Sprawozdania: Zarządu Izby L. L., Komitetu Kasy ubezpieczeniowej członków Izby L. L. (Kucil), Komitetu Kasy emerytalnej, Sądu Izby L. L., za rok 1931. Z działalności Zarządu Izby Lekarskiej Lwowskiej. Zawiadomienia z Izby Lwowskiej.

Wiadomości Farmaceutyczne, rok LIX, nr. 8, z 21 lutego 1932: M. Gattykostyal i P. Derlatka: Extractum secalis cornuti. — J. Muszyński: Z wędrówek farmakognostycznych po Europie (c. d.). — Sprawy zawodowe.

Wiadomości Kas Chorych, rok III, nr. 2, z roku 1932: Dział urzędowy. Zarządzenia O. P. Z. K. Ch. Z zagadnień ustawodawstwa ubezpieczeniowego. Ubezpieczenia społeczne zagranicą. Medycyna społeczna. Higjena społeczna. Opieka nad dziećmi i młodzieżą w kasach chorych. Z życia kas chorych.

Lekarz Wojskowy, tom 19, nr. 3, z 1 lutego 1932: J. Żurkowski: Epidemja duru brzusznego w środowisku szczepionem zapobiegawczo. — A. Fiumel: Przypadek żółtaczki, powstałej na tle zatrucia zawodowego kwasem pikrynowym. — J. Korczakowski: Ostra niedrożność jelit na tle przewlekłego włóknistego otarbiającego zapalenia otrzewnej. — Z. Neyman: Pewne postaci nerwobólów lędźwiowo-krzyżowo-biodrowych w oświetleniu radjologicznem.

Wiedza Lekarska, rok VI, nr. 1, za styczeń 1932: A. Rytel: Zarys klasyfikacji schorzeń stawowych.

Przegląd Dentystyczny, rok XII, nr. 1 za styczeń 1932: J. Jarząb: Metody leczenia korzeni oraz ich bakterjologiczna i biologiczna ocena.

Polski Przegląd Chirurgiczny, tom XI, nr. 1, z roku 1932: St. Laskownicki: O leczeniu kamieni uwięźniętych w dolnym odcinku moczowodu metodami bezkrwawemi. — Z. Lenko: Nieco o leczeniu kamicy moczowodowej. — J. Szymonowicz: O gruczolaku wątroby na stole operacyjnym i sposobach jego leczenia chirurgicznego (adenoma solitare hepatis permagnum).

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok IX, nr. 8, z 25 lutego 1932: A. Rytel: Melodja serca (dok.). — B. Karbowski: Uwagi w sprawie leczenia nowotworów przysadki mózgu radem. — H. Landau: O badaniu czynnościowem nerek (Spraw. pogl.). — M. Karbowski: O leczeniu pomocniczem wcieraniami mydła w chorobach oczu. — L. Zamenhof: Projekt nowego kodeksu deontologicznego. — B. Nowakowski: Przyczynek do statystyki chorobowości w zakładach pracy.

Medycyna, rok 1932, nr. 4, z 21 lutego 1932: K. Rożkowski: Nowe prądy i hasła w lecznictwie. — J. Kubiak: O stosowaniu stężonych rozczynów soli w ostrej niedrożności jelit i w zapaleniach otrzewnej. — E. Landau i E. Paradistal: Wahania leukocytozy w przebiegu leczenia stwardnienia wieloogniskowego szczepionką durową. — Z. Kołodziejska: Postępy w dziedzinie wyodrębnienia witamin. M. Barciński: O radjobiologji i radjoterapeutycznem leczeniu nowotworów.

Opieka nad dzieckiem, rok IX, nr. 11—12, za listopad i grudzień 1931: W. Tarnowska: Matki karmicielki. — St. Wilczyński: Opieka nad matką i dzieckiem na terenie wojew. poznańskiego.

Wiadomości Kas Chorych, rok III, nr. 3, z 15 lutego 1932: Dział urzędowy. Z zagadnień organizacyjnych kas chorych. Zagadnienia społeczno-lekarskie. Międzynarodowa polityka ubezpieczeniowa. Zagadnienia organizacji lecznictwa. Medycyna społeczna. Kongresy i Zjazdy. Praca i opieka społeczna. Z życia kas chorych.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo czeskie.

Praktický Lékař.

Z. 10. — 1931.

Trapl: *Walka z gorączką połogową.* Nie rozdziela przypadków na lżejsze i cięższe. Uważa każdą gorączkę połogową za ważne „*memento*" i już od samego początku leczy ją, jak posocznicę. Opiera się na założeniu, że tem lepsze są wyniki leczenia, im wcześniej i energiczniej je przeprowadzamy. Postępuje następująco: leczenie ogólne, czystość ciała i ust, bezwzględny spokój w łóżku. Karmienie, o ile nie męczy chorej, dozwolone, w przypadkach cięższych zabrania go. Odpowiednie odżywianie się, mierne dawki alkoholu. Worek z lodem na macicę. W pierwszych dniach energiczne dawki pituitryny a zwłaszcza ergotyny. Na samym początku domięśniowo zastrzyk surowicy przeciwpaciorkowcowej. Równocześnie dożylnie zastrzyk *Cu-devenan'u*, w dzień następny dożylny zastrzyk riwanolu w roztworze 0.5 na 100. Zastrzyk ten powtarza co drugi dzień, zależnie od przebiegu. Miał przypadki, w których podawał i 10-krotnie surowicę, 12-krotnie *Cu-devenan* a 3-krotnie riwanol. Oprócz tego niekiedy stosuje wstrzykiwania krwi własnej lub krwi ciężarnych, również zastrzyki mleka i in. W przypadkach słabości serca podaje kamforę, kardjazol.

Postępując w ten sposób, udało się autorowi często i ciężkie przypadki posocznicy, w których wyhodowano paciorkowce hemolityczne ze krwi, wyleczyć. W przypadkach straconych miał zaś tę świadomość, że spełnił swój obowiązek.

J. Kotátko: *O rozpoznawaniu zapalenia wyrostka robaczkowego i o wskazaniach do apendektomji.* Autor jest za chirurgicznem leczeniem zapalenia wyrostka robaczkowego. Wielka odpowiedzialność ciąży na lekarzu, jeśli nie pozwoli chorego operować, polegając na rzadkich przypadkach samouleczenia lub następowego przejścia w zapalenie przewlekłe z objawami niememi.

Z. 11. — 1931.

Janota: *Objawowe leczenie patologicznej senności zwłaszcza narkolepsji.* Autor widział dobre wyniki w przypadkach beznadziejnych po efedrynie i efetoninie. Zwłaszcza w przypadkach cięższych niejednokrotnie przynoszą ulgę.

J. Opatrný: *O wartości poszczególnych objawów w początkach gruźlicy płuc.* Autor omawia poszczególne objawy, jak kaszel, plwocina, krwioplucie, gorączka. Dochodzi do przekonania, że nie można na nich polegać, należy je krytycznie osądzać. Mogą one być i objawem innych chorób pochodzenia nieprątkowego. U chorych, u których choroba przebiega bez typowych objawów, ważną pomoc rozpoznawczą oddaje nam Roentgen.

Dr. Ungar (Lwów).

Piśmiennictwo amerykańskie.
Archives of Internal Medicine.

Z. 5. Maj, 1931.

D. Aymann i J. H. Pratt: *Charakter objawów związanych z nadciśnieniem samoistnem.* Badania kliniczne przeprowadzone przez autorów potwierdziły przypuszczenie, że wczesne objawy połączone z nadciśnieniem samoistnem są pochodzenia psychicznego.

C. J. Watson: *Przeciętne dzienne wydalanie urobilinogenu w zdrowiu i chorobie ze specjalnem uwzględnieniem niedokrwistości złośliwej.* Autor opisuje modyfikację metody Terwena oznaczania urobilinogenu w moczu i kale, która zdaniem autora jest prostsza i bardziej skuteczna od metody oryginalnej.

Standaryzacja barwy oparta jest na mezobilirubinogenie (Fischer). Wyniki z poszczególnych przypadków, badanych tą metodą, podaje autor szczegółowo. (Urobilinogen w prawidłowym stolcu według Terwena 134, według modyfikacji 151,2, podczas gdy przeciętne wartości dla niedokrwistości złośliwej wynoszą 455.3, według modyfikacji 554.7.).

Autor wskazuje, że metoda ta oznaczania urobilinogenu posiada znaczenie i powinna być używana w badaniach klinicznych żółtaczki oraz niedokrwistości. Utrzymująca się urobilinurja po kryzie retikulocytów w przypadkach niedokrwistości złośliwej, w których używano leczenia wątrobą, jest połączona z powolnym wzrostem hemoglobiny i w mniejszym stopniu erytrocytów.

Dr. Ungar (Lwów).

Piśmiennictwo niemieckie.
Zentralblatt f. allg. Path. u. path. Anat.

T. 53. Nr. 4.

A. Ssołowjew: *W sprawie lipoidozy tętnicy głównej w wieku dziecięcym.* Odkładanie się lipoidów w tętnicy głównej dzieci pod postacią żółtych plamek uważa się za początek zmian miażdżycowych. Wiadomo też, na podstawie szeregu prac podstawowych, że w powstawaniu anatomicznych zmian miażdżycowych cholesteryna ma ważne znaczenie. Otóż także w tych żółtych plamkach tętnicy głównej dziecięcej znajduje się cholesteryna, względnie jej estry. Z różnych stron podnoszą, że czynniki zakaźno-toksyczne mają znaczenie w powstawaniu tych złogów cholesterynowych. Natomiast Kube i autor są zdania, że to odkładanie jest następstwem gwałtownego podniesienia się poziomu cholesteryny we krwi zaraz po urodzeniu, poprostu względnej cholesterynemji. Dla wyjaśnienia pochodzenia tych złogów, autor przeprowadził systematyczne badanie tętnic głównych u prawidłowych zwierząt, będących w okresie ssania. Autor zbadał 15 królików, z tego 10 w wieku 35—48 dni, t. j. w końcowym okresie ssania, 5 zaś w wieku 3 miesięcy. Tętnice barwił w całości Sudanem III. Otóż z 10 pierwszych królików stwierdził u 6 zmiany lipoidowe w błonie wewnętrznej i w mięśniówce. Natomiast u żadnego z 5 królików drugiej grupy zmian tych nie mógł wykazać. Również w nadnerczach, w wątrobie mógł stwierdzić w pierwszej grupie zmiany lipoidowe. U królików drugiej grupy stwierdził zmiany tłuszczowe w komórkach Brown-Kupffera. Autor zwraca też uwagę na obecność lipoidów w nabłonkach kanalików żółciowych, co tłumaczy wydalaniem przez żółć cholesteryny.

W dalszych doświadczeniach autor badał tętnice główne królików ssących a pochodnych od królic, które kilka miesięcy przed ciążą, w czasie ciąży i karmienia żywił prócz pokarmów roślinnych mlekiem z dodatkiem dwóch rostartych żółtek jaja. Otóż autor przekonał się, że u królików ssących, pochodzących od matek, w ten sposób karmionych, w tętnicy głównej i w narządach wewnętrznych pojawiało się znacznie więcej lipoidów. Ostatecznie autor dochodzi do wniosku, że pojawiania się złogów lipoidowych w tętnicy głównej u dzieci jest w związku z żywieniem.

T. 53. Z. 5.

Beneke: *Przypadek nadmiernej rozdzieralności tkanek (Hypofibrosis universalis).* Autor omawia sprawę nadmiernej rozdzieralności tkanek w związku z dawniej wykonaną sekcją kobiety 49 letniej, u której wykonano laparotomję z powodu ciężkich objawów ze strony żołądka, b. licznych wymiotów krwawych, biegunek i t. d. Operacyjnie stwierdzono tylko rozstrzeń żołądka i niezwykłą kruchliwość i rozdzieralność tkanek i stąd krwotoki. Tę samą niezwykłą rozdzieralność tkanek jamy brzusznej i narządów stwierdzono sekcyjnie. Przyczyną śmierci było zapalenie otrzewnej.

Autor zastanawia się nad patogenezą tej niezwykłej kruchliwości tkanek przypadku, zresztą dokładniej niezbadanego. Być może, że po części może ona być następstwem głodzenia i zużycia tkanki klejowej w przypadkach głodu azotowego, czego przykłady liczne dała wielka wojna. Być może, że nadmierna delikatność, niedorozwój części podścieliskowej może tu mieć znaczenie patogenetyczne; szczególnie uderza nadmierna rozdzieralność otrzewnej, sieci, krezki, przepony i t. d. Autor zwraca też uwagę na układ gruczołów wkrewnych; jak może być nadmierny rozwój tkanki klejorodnej, n. p. w akromegalji, tak może być również stan przeciwny, na co zresztą byłyby pewne przykłady. Trzeba wreszcie wziąć pod uwagę ogólny stan konstytucjonalny. Pewne produkty tkankowe mogą być już konstytucjonalnie niedorozwinięte, gdy inne są prawidłowe. Nie ulega przecież wątpliwości, że istnieją osobnicze różnice w zdolności odczynowej tkanki łącznej, n. p. w stanach zapalnych.

Nowicki (Lwów).

Klinische Wochenschrift.

Nr. 45. — 1931.

W. Stockinger u. O. Beckmann: *Wpływ insuliny na obraz leukocytarny.* Na materjale ponad 60 chorych badali autorowie obraz krwi przed i po podaniu insuliny. W sprawach zapalnych ostrych lub podostrych spotyka się nagły wzrost krzywej leukocytarnej obojętnochłonnej w 15—30 min. po injekcji; inne zachowanie się krzywej występuje u chorych, którzy na krótko przed badaniem gorączkowali, ale w okresie badania ciepłota była już normalna. Poczynione obserwacje wskazują, że rodzaj i przebieg odczynu na insulinę ze strony leukocytów zależą od pewnych stanów czynnościowych systemu gruczołów dokrewnych; jest także bardzo prawdopodobne, że zmiany w układzie wegetatywnym, jakie zachodzą jako odczyn ustroju w przebiegu ciężkich chorób zakaźnych, mają znaczenie dla wyniku poinsulinowego odczynu ciałek białych. Niemałe znaczenie mają także w tym względzie zdolność odczynowa oraz stan czynnościowy elementów krwiotwórczych i ciałek białych znajdujących się już we krwi.

A. Viethen: *Kliniczne i rentgenologiczne badania płuc dzieci chorych na odrę.* Autor obserwował 57 dzieci w wieku 1—10 lat, które częściowo w toku obserwacji zapadły na odrę; z pośród nich u 13 stwierdzono zmiany płuc. Przed początkiem okresu nieżytowego nie można było zmian wykazać, natomiast w okresie nieżytowym stwierdzano nacieki zapalne, nie dające się klinicznie wykazać, mogące być zatem przeoczone przy badaniu. Wtórne zapalenia płuc odrowe mogą powstać miejscowo niezależnie od tych „nacieków wczesnych". Cofanie się nacieków może trwać długo i mogą one być wykazywane jeszcze przez dłuższy okres czasu po ustąpieniu ciepłoty; w tym stanie rzeczy mogą one łudząco przypominać uczynniony proces gruźliczy.

W. Paffenholz u. A. Schürmeyer: *Zmiany wielkości w obrazie rentgenologicznym śledziony i wątroby w różnych warunkach krążenia.* Po injekcjach substancji kontrastowej (związek toru) określano w obrazie rentgenologicznym wielkość śledziony i wątroby. Badano działanie różnych wpływów, jakoto podniesienia ciepłoty, wdechania kwasu węglowego, pracy, pocenia się i oziębiania, badano również zmiany wielkości tych organów po podaniu adrenaliny i histaminy oraz po narkozie awertynowej.

R. H. Jaffé: *Częstość kiły tętnicy głównej.* Autor przeprowadził w Instytucie Patologji w Chicago badania z górą 1000 zwłok osobników w wieku ponad 20 lat. Tętnica główna była badana histologicznie w całym swoim przebiegu. Kiła aorty jest u murzynów trzy razy częstsza jak u białych. U kobiet białych zmiany w tętnicy głównej są częstsze niż u mężczyzn; śmiertelność kobiet białych z powodu kiły aorty jest niższa niż mężczyzn. Ogólna śmiertelność z powodu kiły aorty 4,9%.

O. Schleyer u. G. W. Unna: *Uogólnione zwapnienie żył w przebiegu kiły trzeciorzędnej.* 67-letnia kobieta, zakażona kiłą przed 40 laty, w ciągu ostatnich 9 lat zapadała często na zakrzepy żył w różnych częściach ustroju, które to cierpienie pod wpływem leczenia swoistego szybko doznawało poprawy. Zejście śmiertelne nastąpiło w okresie powstania zakrzepu żył krezkowych. Ma się tu do czynienia z wyłącznem kiłowem schorzeniem żył. Mimo tak długiego trwania tej sprawy chorobowej nie znaleziono wybitniejszych zmian w naczyniach tętniczych.

H. O. Neumann u. F. Péter: *Metodyka określania zawartości hormonów we krwi.*

Dr. Karasiński (Kraków).

Medizinische Klinik.

1931. — Nr. 26.

F. Hartel: *Spostrzeżenia lekarskie z Japonji.* Po przedstawieniu historji rozwoju medycyny japońskiej, w której akcentuje dość silny wpływ nauki niemieckiej, opisuje stan dzisiejszy medycyny. Jest zdania, że medycyna japońska stoi na wysokości pierwszorzędnych środowisk naukowych europejskich, tak pod

względem wiedzy jak techniki i organizacji pracy. Lekarze dzielą się podobnie jak u nas na specjalistów i dzisiaj już ten rodzaj lekarzy przeważa w Japonji. Przemysł farmaceutyczny jest b. wysoko rozwinięty tak, że Japonja pod tym względem odseparowała się od wpływów zewnętrznych, a nawet niektóre leki znalazły uznanie w krajach europejskich. Jest to kraj b. bogaty w cieplice, wystarczy nadmienić, że posiada 4 źródła o ciepłocie 100° C. Po krótkiem scharakteryzowaniu pod względem antropologicznym ludności, opisuje ich sposób mieszkania, jedzenia, ubierania się, które w sferach niżej kulturą stojących wcale nie odpowiada wymogom klimatycznym. Z chorób zakaźnych to panują prawie wszystkie te, które spotyka się i w Europie. Częstsze są natomiast spirochetozy, jak n. p. siedmiodniowa gorączka. Gruźlica jest znacznie częstszą, co autor odnosi do wilgotnego klimatu. B. często występują awitaminozy, jako skutek nieodpowiedniego odżywiania się.

H. H. Schmid: *Tarczyca i ciąża.* Znane jest powszechnie powiększenie tarczycy w ciąży. Czasami z powiększeniem może być związana obniżona lub wzmożona czynność tarczycy. Zmniejszoną czynność spotyka się rzadko, a to z powodu zaniku funkcji org. płciowych u tego rodzaju osób, o ile jednak to się zdarzy, wtedy ustrój matki korzysta z hormonów produkowanych przez tarczycę płodu i dlatego objawy się zmniejszają. Nadczynność może dawać całą skalę nasileń. Czasami ciąża wpływa na chor. Basedowa korzystnie; obserwacje jednak ostatnich lat wykazują duży procent pogorszeń objawów w czasie ciąży. Dlatego w leczeniu należy orjentować się, czy stosować leczenie zachowawcze (jod, naświetlanie prom. Roent.), czy operacyjne. Obserwowano wybitne pogorszenia objawów chor. Basedowa w czasie laktacji.

F. Reiche: *Zgorzel płuc w następstwie wdechniętego ciała obcego.* Ciało obce, dostawszy się do dróg oddechowych przez wdechnięcie, zostaje wklinowane w oskrzelu o mniejszym rozmiarze od tegoż ciała. W następstwie ucisku, w bezpośredniem sąsiedztwie wytwarza się stan zapalny, a produkty zapalenia gromadzą się poniżej w oskrzelu i sąsiedniej tkance. Ponieważ zazwyczaj c. obce posiada na sobie bakterje gnilne, przeto proces zapalny nabiera charakteru gnilnego. Wskutek niszczenia tkanki płucnej może powstać nadżarcie naczynia z następowym silnym krwotokiem, a niekiedy w treści wydalonej na zewnątrz można znaleść resztki tkanki płucnej.

S. v. Pintèr i Kowàts: *Stwierdzenie elektrokardjogramem stanu m. sercowego przy zamknięciu nacz. wieńcowych serca.* W stanie ostrego zatkania naczyń wieńcowych serca jest objawem patognomonicznym zlanie się z sobą w elkg. załamków R i T, zaś w stadjum przewlekłem elkg. wykonany w kilku kierunkach, daje negatywny załamek T, oraz szeroki zazębiony załamek R.

Rubner: *Używki z zawartością alkaloidów* (Dokończenie). Dla celów czysto ekonomicznych rozpowszechniło się dodawanie do naparów kawy środków zastępczych, jak cykorja, która jest znacznie tańsza. Smak takiej mieszaniny staje się znacznie gorszym, natomiast kolor uzyskuje odcień znacznie ciemniejszy. W liściach suszonej herbaty znajduje się 2,79% teiny, związanej z kw. garbnikowym. Przy wytwarzaniu naparu herbacianego do roztworu przechodzi nieznaczna ilość teiny. Herbata jest mniej szkodliwa od kawy, działa lekko moczopędnie, reguluje trawienie żołądka, wzmacnia system nerwowy. Ponieważ w próżnym żołądku działanie jej jest za silne, dlatego jako posiłek ranny się nie nadaje. Istnieje wiele gatunków herbaty, różniących się od siebie tylko smakiem tak, że w krajach, w których istnieją herbaciarnie (odp. do naszych kawiarń), podaje się spisy gatunków herbat, dochodzących do liczby 25. Kakao jest najsłabszym środkiem z tej grupy, zawiera 1,5% teobrominy. Używane jest przy fabrykacji czekolady lub do picia w formie mieszaniny z mlekiem. Ponieważ teobromina jak i teina jest połączona z kw. garbnikowym, dlatego tak herbaty jak i kakao nie powinni używać ludzie z skłonnością do zaparcia stolca.

Lickint: *Dodatek do powyższej pracy.* Zwraca uwagę, że działanie chemiczne i fizjologiczne tak kofeiny, teobrominy, jak i alkaloidów zawartych w kawie i herbacie jest inne.

Dr. Godlowski (Kraków).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie.

Sprawozdanie z posiedzenia naukowego z dnia 9 grudnia 1931 r.

Przewodniczący: Prezes Prof. Walter.

Protokół z ostatniego posiedzenia naukowego Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego z dnia 2-go grudnia b. r. odczytano i przyjęto.

Kol. Prof. Lewkowicz przedstawia rozpoznany za życia przypadek *choroby Rogera.* Po omówieniu szczegółowem embrjonalnego krążenia, wytwarzania się serca i przegrody międzykomorowej u płodu, prelegent rozpatruje poszczególne wady sercowe wrodzone i zaznacza, iż choroba Rogera jako odosobniona wada jest bardzo rzadka i występuje przeważnie — zespół: 1) Otwór w przegrodzie międzykomorowej serca, 2) zwężenie ujścia tętniczego prawego (tętnicy płucnej), 3) niezarośnięty przewód Botalla. Rozpoznanie za życia jest bardzo trudne, ponieważ objawy są te same (szmer skurczowy serca) jak przy innych wadach wrodzonych serca, a nawet przy bardzo dużym otworze może nie być szmeru. Znamiennym jednak dla choroby Rogera jest szmer skurczowy serca głośny, szorstki, słyszalny nad podstawą mostka o dużem przewodnictwie. Niema natomiast zaostrzenia drugiego tonu nad tętnicą płucną i brak sinicy, która występuje wyraźnie przy zwężeniu tętnicy płucnej, również niema duszności, ani też upośledzenia rozwoju jak przy innych wadach wrodzonych serca. Chorzy przeważnie żyją dość długo — zejście śmiertelne następuje z powodu przypadkowego cierpienia, najczęściej wskutek *endocarditis rheumatica* lub zapalenia płuc.

Chory 6-cio letni, przysłany do Kliniki chorób dziecięcych U. J. po świeżo przebytem zapaleniu gruczołu przyusznego *(parotitis epidemica)* z objawami charakterystycznemi dla zapalenia wsierdzia, bladością i osłabieniem z jednoczesnem kłuciem w boku prawym. Przy badaniu stwierdzono włóknikowe zapalenie dolnego płatu płuca prawego i szmer skurczowy serca, jakkolwiek w wywiadach brak danych o schorzeniach, na których tle mogłoby przyjść do zmian na zastawkach w sercu. Że miało się tu jednak do czynienia ze sprawą dawniejszą, przemawiała za tem obecność t. zw. garbu sercowego, co jednocześnie świadczyło o wadzie organicznej serca. Badanie rentgenologiczne, przeprowadzone w Klinice Lekarskiej U. J., stwierdziło powiększenie serca zwłaszcza na lewo o konfiguracji, odpowiadającej sercu mitralnemu z przewagą niedomykalności.

Objawy kliniczne przemawiały jednak przeciw niedomykalności zastawki dwudzielnej i po wykluczeniu innych wad serca rozpoznano chorobę Rogera.

Stan chorego stale się pogarszał, naciek w płucu uległ powiększeniu i po 5-ciu tygodniach nastąpiło zejście śmiertelne. Badania bakterjologiczne, przeprowadzone kilkakrotnie, stwierdzały stale obecność pneumokoków we krwi, — liczono się więc z obecnością świeżych zmian na zastawkach serca.

Badanie pośmiertne wykonane w Zakładzie Anatomji Patologicznej U. J. potwierdziło w zupełności rozpoznanie kliniczne, oprócz tego znaleziono świeże zawały w płucach.

Demonstracja preparatu serca i preparatów mikroskopowych.

W dyskusji zabierał głos kol. Prof. Szumowski.

Kol. Prof. Kostrzewski wygłasza odczyt: *„Ostre choroby zakaźne, a zajęcia zawodowe".* Po wyliczeniu szeregu ostrych chorób zakaźnych, występujących w naszych warunkach, prelegent kończy: Zastanawiając się nad wyliczonemi jednostkami chorobowemi, przychodzimy do przekonania, że ze stanowiska określonego nagłówkiem zajmujące nas schorzenia różnią się wielce od siebie pod względem etjologji, patogenezy i epidemjologji. Przeglądając zaś zajęcia zawodowe, o których była mowa, stwierdzamy, że lekarze, pielęgnujący chorych, trudniący się dezynfekcją i zajęci w pracowniach bakterjologicznych, narażeni są na zakażenia nietylko różnego rodzaju, ale także na zakażenia, odbywające się różnemi drogami. W przeciwieństwie do tego stwierdzamy, że członkowie innych zawodów zapadają na choroby, które występują zarówno u człowieka jak i zwierząt. Ale pamiętać musimy, że aczkolwiek najczęściej, to jednak nie wyłącznie zakażenie człowieka pochodzi od zwierząt. Również nie możemy zapominać, że tężec się nigdy nie przenosi ze zwierzęcia na człowieka i z człowieka na człowieka. Powtóre stwierdzamy: że omawiane choroby, to wszystko schorzenia przyranne. Z pośród nich wyróżnia się jedynie wąglik, bo jego zarazek nietylko przez obrażone powłoki zewnętrzne wnika do ustroju, ale się może do niego dostać także drogą płuc. Pragniemy jeszcze zdać sobie sprawę, na czem polega istota wpływu zajęć zawodowych na występowanie chorób zakaźnych? Dociekania doprowadzają do wniosku, że tu niema potrzeby snuć domysłów co do obniżenia sprawności sił obronnych ustroju pracowników wobec zarazków. Wystarcza natomiast przyjąć, że ten lub ów zawód dlatego naraża swych członków na takie lub inne zakażenie, ponieważ stwarza warunki, w których pracownicy mają sposobność stykać się z zarazkiem występującym w silnem stężeniu. (streszczenie własne).

W dyskusji zabierali głos: Kol. Prof. Lewkowicz.

Kol. Prezes, jako dermatolog, omówił szereg chorób skórnych o przebiegu chronicznym, nabytych dzięki swemu zajęciu zawodowemu (gruźlica skóry, grzybice naskórka, pasorzytnicze i t. p.).

Kol. Prof. Gieszczykiewicz podkreśla również wyjątkowe stanowisko stanu lekarskiego co do chorób zakaźnych ostrych, częstość ich zakażenia da się wytłumaczyć tem, iż lekarze są bardziej narażeni i stanowią poniekąd łącznik z innemi zawodami.

Sprawozdanie z posiedzenia naukowego z dnia 16 grudnia 1931 r.

Przewodniczący: Prezes Prof. Walter.

Protokół z ostatniego posiedzenia naukowego Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego z dnia 9 grudnia b. r. odczytano i przyjęto.

I. Demonstracje chorych z I. Kliniki chorób wewnętrznych U. J.

Kol. Braun omawia *leczenie niedokrwistości złośliwej zapomocą preparatu „Haemostra"*. Z powodu niewystarczającego wyniku leczenia dalsze leczenie przeprowadzono zapomocą diety wątrobowej.

W dyskusji kol. Godłowski. W przypadku przedstawionym przez kol. Brauna wykonano badanie czynnościowe aparatu siateczkowo-śródbłonkowego i wykazano jego nadczynność. Badanie wykonano próbą z czerwienią Kongo. W czasie całego leczenia preparatem *haemostra* nadczynność aparatu siateczkowo-śródbłonkowego utrzymywała się równolegle do stanu krwinek czerwonych. Podczas leczenia wątrobą ilość krwinek wzrastała i czynność aparatu siateczkowo-śródbłonkowego obniżała się.

II. Demonstracje chorych z oddziału oto-laryngologicznego szpitala Izraelickiego.

Kol. Spira przedstawia 2 chorych, operowanych z powodu zapalenia i zakrzepu w zatoce esowatej pochodzenia usznego i omawia trudności rozpoznawcze przy tej sprawie chorobowej wobec niepewnych objawów klinicznych.

Zejście zakrzepu żylnego zależy od złośliwości zarazka, odporności organizmu, w pierwszym jednak rzędzie od wcześnie wykonanego zabiegu operacyjnego. Oprócz metod badania otjatrycznego w celu wczesnego rozpoznania posługuje się obrazem cytologicznym krwi.

W dyskusji kol. Blassberg: przytoczony przez kol. Spirę obraz cytologiczny krwi może służyć jako objaw ciężkiego schorzenia organizmu bez względu na jakość sprawy chorobowej i w żadnym razie nie może być objawem rozpoznawczym przy zakrzepie zatoki esowatej, raczej świadczy o niepomyślnej prognozie.

Kol. Miodoński (streszczenie własne). Najważniejszej podstawy dla rozpoznania zakrzepów zatok żylnych pochodzenia usznego dostarcza nam krytyczne rozpatrzenie wyników ścisłego badania otjatrycznego i neurologicznego z jednej strony a internistycznego z drugiej strony. W szeregu przypadków związek objawów ogólnych z objawami miejscowemi jest tak charakterystyczny, że nie przedstawia większych trudności ani wątpliwości. Niekiedy jednak trudności są bardzo znaczne, a rozpoznanie niepewne. Nieraz uwzględnienie wyników badań dodatkowych wnosi dopiero większą pewność co do rozpoznania. Z badań tych stawiam na pierwszem miejscu wynik badania bakterjologicznego krwi, (o ile jest dodatni). Badanie cytologiczne krwi wykazuje częstokroć większe odchylenia od normy wtedy dopiero, gdy obraz chorobowy jest i bez niego już dość jasny. O wartości próby na krzepliwość oraz urobilinogen nie mam osobistego doświadczenia. Dzielną pomoc znajdowałem nieraz w wynikach nakłucia lędźwiowego. Nakłucie lędźwiowe stosuję systematycznie we wszystkich przypadkach podejrzanych na powikłanie wśródczaszkowe pochodzenia usznego. W przypadkach, gdy chodzi o zakrzep zatoki, wynik nakłucia lędźwiowego użytkuję głównie w 2 kierunkach a to: 1) przez badanie cytologiczne oraz 2) przez badanie ciśnienia wśródczaszkowego. W obfitym pod tym względem materjale klinicznym stwierdzić można, że pleocytoza wahająca się w granicach od kilkunastu do stukilkudziesięciu ciałek białych jest zjawiskiem bardzo częstem przy zakrzepach zatok żylnych. Objawy neurologiczne nie idą nieraz w parze z pleocytozą. Co do ciśnienia (które mierzę w m/m płynu mózgowordzeniowego) to bywa ono często znaczne. Przy sposobności pomiaru ciśnienia wykonuje się stale próbę Kindlera, która jak wiadomo polega na obserwacji wysokości ciśnienia przy kolejnem uciskaniu żył jarzmowych. Przy utrzymanej drożności zatok ucisk na żyłę powoduje, że słupek płynu mózgowo-rdzeniowego podnosi się żywo o 200 m/m i więcej. Gdy mamy w zakresie zatoki poprzecznej, esowatej, a zwłaszcza w opuszce żyły zakrzep czopujący, ucisk na żyłę jarzmową tejże strony nie wywiera na ciśnienie wśródczaszkowe większego wpływu, — słupek płynu nie podnosi się prawie wcale lub podnosi się leniwiej niż przy ucisku na stronę zdrową i nie dosięga tak znacznych wartości jak po stronie zdrowej. Próba Kindlera nie jest bynajmniej niezawodną i bywa czasem ujemna (słupek podnosi się żywo) tam gdzie znajdujemy następnie zakrzep czopujący; wypada też niekiedy wątpliwie tam, gdzie zakrzepu brak. Sposób łączenia się zatok i wyrobienia się koryta żylnego odpowiada za te odchylenia. Naogół jednak stwierdzić muszę, że gdy na próbę tę nie patrzymy jako na coś patognomonicznego, lecz uwzględniamy przedewszystkiem całość obrazu klinicznego — próba ta dorzuca nieraz cenne wskazówki. Prototypem tej próby jest inna, podana przez Beck'a i Crowe'a, a polegająca na spostrzeżeniu, że ucisk na obie równocześnie żyły jarzmowe powoduje przejściowe rozszerzenie naczyń na dnie oka. Jednostronny ucisk na żyłę jarzmową nie daje tego obrazu. Jeśli w przypadku podejrzanym na zakrzep ucisk żyły jarzmowej po stronie zdrowej da wspomniane zjawisko na dnie oczu, to należy stąd wnosić, że po stronie ucha chorego mamy zakrzep w zatoce. Próba ta wypada często niezbyt jasno, a wynik jej trudno bywa ocenić. Co do drogi zakrzepu w demonstrowanym przypadku to obok możliwości podniesionej przez kol. Spirę *(via venae hypotympanicae)* podnoszę jeszcze możliwość innego mechanizmu, który mi nasuwa własne doświadczenie. Z kilkunastu przypadków zakrzepu ograniczonego do okolicy opuszki, jakie miałem sposobność obserwować, utkwiły mi szczególnie w pamięci 4 przypadki. Obraz przy operacji był w nich taki, że w zakresie wyrostka (we wszystkich 4 przypadkach dobrze spneumatyzowanego) stwierdziłem zmiany ropne jedynie w komórkach przebiegających wzdłuż tylnej ściany przewodu kostnego ku dołowi, tylne partje komórek wyrostka były niezmienione. W 2 przypadkach obok zakrzepu opuszki był mały ropień okołoopuszkowy. W 2 innych zmian okołoopuszkowych nie dało się stwierdzić. Nasuwa się więc myśl, że t. zw. przegroda Körnera — o ile pas przedni komórek jest bardzo wąski, a zmiany w nim nie bardzo wyraźne, może nam czasem podsunąć myśl (wyrostek też wrzekomo bez zmian) zakażenia zatoki przez *venae hypotympanicae* — gdy tymczasem przy szczegółowej kontroli stanu wyrostka możemy znaleść drogę ropną wiodącą w pobliże opuszki. W 3-im z kolei wspomnianych przypadków prześledzenie tej drogi było szczególnie trudne, wyraźne zmiany makroskopowe rwały się poprostu miejscami. Nauczony jednak doświadczeniem odszukiwałem je znowu, aż zawiodły mię do maleńkiego ropnia okołoopuszkowego i do zakrzepu ograniczonego do okolicy opuszki. W przypadkach więc zakrzepu opuszkowego, gdzie zwłaszcza mamy do czynienia z dobrze spneumatyzowanym wyrostkiem, powinniśmy myśleć o tej możliwości.

Kol. Prof. Latkowski zmiany w obrazie krwi, przytoczone przez kol. Spirę, świadczą o ciężkości schorzenia i mogą się zdarzyć i w innych chorobach. Miarodajnemi dla rozpoznania zakrzepu zatok żylnych są badania przytoczone przez kol. Miodońskiego.

Kol. Spira w odpowiedzi wspomina o trudnej sytuacji otologa w podobnych, jak w dniu dzisiejszym demonstrowanych przypadkach, kiedy z ust wezwanego internisty usłyszy „niczego nie znalazłem" z jednoczesną radą wstrzymania się kilka dni.

Kol. Prof. Zubrzycki wygłosił odczyt: *Miesiączka jako zjawisko biologiczne.* (rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji Kol. Prof. Wachholz zapytuje prelegenta o menotoksyny, którym przypisuje się własności toksyczne jak n. p. więdnięcie kwiatów w otoczeniu miesiączkującej osoby.

Kol. Frommer (streszczenie własne) omawia toksyczne znaczenie miesiączki. Wiadome jest, że wydzielina miesiączkowa zawiera z elementów nieorganicznych Ca, Mg, As, i P. Szczególnie tym dwom ostatnim składnikom przypisać należy ważną rolę w procesie biochemicznym miesiączki jako też ciąży. Odnośnie do pozytywnej zawartości arsenu w wydzielinie miesiączkowej oraz w gruczołach błony śluzowej macicy przytacza dotyczące piśmiennictwo oraz własne badania. W okresie przedmiesiączkowym oraz nagle występującym braku miesiączki *(amenorrhoe)* znany jest cały szereg — bliżej wyszczególnionych objawów chorobowych, które — wedle dominującej teorji — polegają na wpływach toksycznych. Te menotoksyny wydzielają się w czasie miesiączki i, jak w narzeczu ludowem się mówi, organizm kobiecy oczyszcza się. Jeszcze wybitniej niż w okresie przedmiesiączkowym mogą wystąpić objawy chorobowe toksyczne w ciąży patologicznej, w której czynność gruczołów wydzielniczych w szczególności gruczołów potnych i nerek, jest w większym lub mniejszym stopniu upośledzona. Wówczas może nastąpić w organiźmie nagromadzenie arsenu i fosforu, które stanowią najprawdopodobniej jedną z etiologicznych przyczyn toksykoz porodowych: eklampsji, niepowściągliwych wymiotów i ostrego żółtego zaniku wątroby. Na poparcie swojej teorji przytacza Frommer, oprócz swych badań porównawczych przewlekłego zatrucia arsenem z toksykozami porodowemi pod względem klinicznym i chemicznym oraz wyników analitycznych w organach, wiele przypadków, w których stosowanie terapeutyczne preparatów arsenowych wywołało ostry żółty zanik wątroby i tak: 2 przypadki Maciąga, w których po kilku injekcjach

arseno-benzolowych przy kile nastąpił *exitus* z powodu ostrego żółtego zaniku wątroby. 25 przypadków z kliniki Ehrmanna, leczonych salwarsanem względnie arsenobenzolem uległo tejże chorobie (Jacoby). Stwierdzono w ogólności, że od czasu wprowadzenia terapji salwarsanowej liczba przypadków ostrego żółtego zaniku wątroby znacznie się wzmogła. 2 przypadki Andérodiasa (*Ztbl. f. Gynaek.* Nr. 46, 1931). W jednym z nich 4 injekcje sulfarsenolu wywołały eklampsję w połogu, w drugim te same injekcje znaczną albuminurję preeklamptyczną. W obu przypadkach przypisuje Andérodias przyczynę etjologiczną injekcjom sulfarsenolowym. Kwestję uwiądu kwiatów i t. p. w najbliższem otoczeniu miesiączkującej osoby, którą p. Prof. Wachholz poruszył, może dałoby się wytłumaczyć wywiązywaniem się w bardzo małej ilości trującego gazu AsH_3 względnie PH_3 wytworzonego pod wpływem grzybka (*penicillium*) w okolicy części rodnych u miesiączkującej. Wydobywający się *in statu nascendi* H w obecności *penicillium* może zmienić obecny we krwi miesiączkującej As, względnie P, w powyższy gaz trujący. Kwestja ta oczywiście wymaga dalszych badań.

Kol. Doc. Szymanowicz, Kol. Prof. Kostrzewski, Kol. Miodoński zapytuje czy miesiączka, mająca według wywodów prelegenta, tak duże znaczenie dla gatunku nie ma też pewnego dodatniego znaczenia dla kobiety pod tym względem, że krwawienie miesięczne jest jakoby bodźcem ćwiczącym układ krwionośny. Czy może moment ten nie odpowiada za to, że kobieta znosi nagół utratę krwi lepiej niż mężczyzna i że skutki krwotoku wyrównują się u kobiety łatwiej niż u mężczyzny. W dalszym ciągu możnaby więc myśleć, że okresowa utrata krwi stanowi jakoby pewną asekurację przeciw ewentualnym skutkom krwotoku przy porodzie.

Kol. Prof. Latkowski, Kol. Prezes. Istnieje wiele stanów chorobowych skóry związanych ściśle z czynnościami fizjologicznemi i ich zaburzeniami w narządzie płciowym kobiety. Znamy sprawy chorobowe rozwijające się na tle zwiększonego wydzielania gruczołów łojowych t. zw. łojotok ,które to zmiany ulegają wybitnemu pogorszeniu w okresie przedmiesiączkowym jak i w czasie miesiączki. Poza tem istnieje szereg innych zmian chorobowych zapalnych ulegających wyraźnemu zaostrzeniu w czasie tego okresu. Przypomnieć należy i dermatozy występujące w czasie ciąży a ujmowane jako dermatozy toksyczne. To wszystko nasuwa nam przecież podejrzenie, że w okresie miesiączki muszą pojawiać się procesy zdążające do zahamowania działalności toksycznych, występujących w tych okresach. Brak sprawności w narządach hormonalnych, niedokładność ich czynności jest przyczyną zaostrzania się procesów chorobowych skórnych w następstwie zwiększonych działań toksycznych lub sprzyjających rozwojowi cierpienia w czasie miesiączkowania.

W odpowiedzi kol. Prof. Zubrzycki podaje, iż nie sama miesiączka lecz przestrojenie ustroju mogą wywoływać zmiany, o których wspominali jego przedmówcy.

Sekretarz doroczny: *Dr. St. Roman.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego urządza kurs dokształcający dla lekarzy w czasie od 3. kwietnia 1932 r. do 16. kwietnia 1932 r. Wykłady wraz z pokazami odbywać się będą w godzinach popołudniowych od godz. 15-ej do 20-ej. Godziny przedpołudniowe będą poświęcone specjalnym kursom t. zw. seminaryjnym, czysto praktycznym, z różnych działów medycyny. Tematy wykładów, które ogółem obejmą 53 godziny, są następujące: Prof. Dr. W. Orłowski — „Lues cardiovascularis", Doc. Dr. M. Semerau-Siemianowski — „Klinika i leczenie zapaleń wsierdzia", Doc. Dr. Z. Górecki — „Patogeneza i klasyfikacja gruźlicy płuc", Dr. J. Grott — „Leczenie cukrzycy", Doc. Dr. L. Karwacki — „O bakterjofagach", Prof. Dr. K. Orzechowski — „Z pogranicza neurologji i innych działów medycyny praktycznej", Doc. Dr. S. Pieńkowski — „Kliniczne postacie zapaleń mózgu", Prof. Dr. M. Michałowicz — „Zasady odżywiania niemowląt", Prof. Dr. Wł. Szenajch — „O odrębnościach przemiany materji i odżywiania dzieci starszych", Dr. H. Brockman — „O leczeniu krzywicy i tężyczki", i „O zapobieganiu i leczeniu choroby posurowiczej", Dr. R. Stankiewicz — „Powikłania grypy i ich leczenie", Doc. Dr. Marta Erlich — „Najważniejsze błędy w odżywianiu niemowląt", Prof. Dr. A. Leśniowski — „Kamica narządów moczowych", Prof. Dr. Z. Radliński — „Zapalenie szpiku kostnego", Doc. Dr. J. Mossakowski — „Leczenie cierpień chirurgicznych w cukrzycy", Doc. Dr. A. Wojciechowski — „Nowoczesne leczenie zwichnięć i złamań", Doc. Dr. W. Łapiński — „Rozpoznanie i leczenie wrodzonych zwichnięć biodra", Doc. Dr. J. Zaorski — „Rozpoznawanie i leczenie ostrej niedrożności jelit", Doc. Dr. Br. Szerszyński — Rozpoznawanie i leczenie gruźlicy nerek", Doc. Dr. K. Kaczyński — „Schorzenia chirurgiczne sutka", Doc. Dr. A. Elektorowicz — „Djagnostyka rentgenologiczna chorób płucnych", Doc. Dr. M. Grzybowski — „Zasady ogólne leczenia chorób skóry", Doc. Dr. St. Kapuściński — „Współczesny stan leczenia kiły", Prof. Dr. L. Hirszfeld — „O istocie odczynów serologicznych", Doc. Dr. H. Sparow — „O szczepieniach ochronnych przeciwbłoniczych", Doc. Dr. W. Melanowski — „Objawy oczne i ich znaczenie dla rozpoznawania i rokowania w chorobach układu krążenia", Prof. Dr. A. Czyżewicz — „Rola lekarza w prowadzeniu porodu", Doc. Dr. Z. Mońsiorski — „O mięśniakach macicy", Doc. Dr. L. Lorentowicz — „Istota i leczenie nadżerek części pochwowej macicy" i „Leczenie szczepionkami w ginekologji", Doc. Dr. H. Gromadzki — „Djagnostyka i leczenie ciąży zamacicznej", Doc. Dr. H. Beck — „Krwotoki w III okresie porodu i po porodzie". Kursy seminaryjne będą dotyczyły następujących działów medycyny: „Kurs odmy sztucznej — Dr. Janina Misiewicz, „Zwichnięcia i złamania" — Doc. Dr. A. Wojciechowski, „Terapja i klinika cierpień chirurgicznych narządów moczowych" — Doc. Dr. Br. Szerszyński, „Teorja i technika przetaczania krwi" — i „Ambulatorjum chirurgiczne" (II Klinika Chirurgiczna) — Doc. Dr. J. Rutkowski, „Chirurgja nagłych przypadków (Dyżury w I. Klinice Chirurgicznej)" — Doc. Dr. J. Mossakowski i Dr. J. Perzyński, „Ginekologja w praktyce ambulatoryjnej" — Dr. H. Wójcicki, „Operacje położnicze na fantomie" Doc. Dr. H. Beck, „Djagnostyka położnicza" — Dr. T. Zawodziński, „Leczenie rzeżączki przewlekłej i uretroskopja" — Doc. Dr. M. Grzybowski, „Z kliniki noworodków" — Doc. Dr. Marta Ehrlich, „Wybrane rozdziały z kliniki niemowląt" — Doc. Dr. R. Barański, S. Popowski i M. Wierzbowska. Każdy uczestnik opłaca kurs wykładowo-pokazowy w wysokości 50 zł (poprzednio 75 zł). Co się zaś tyczy kursów seminaryjnych, to opłatę wnosić należy za każdy kurs oddzielnie, licząc za kurs 6-cio godzinny — 12 zł, za 8-io godzinny — 16 zł, za 12-sto godzinny — 24 zł. Rozkład godzin pracy na kursach będzie tak ułożony, aby każdy z uczestników mógł wziąć udział przynajmniej w 2-ch kursach. Liczba uczestników na poszczególnych kursach seminaryjnych jest ograniczona, najniższa liczba wynosi 6 osób, najwyższa — 10. Zgłoszenia na Kurs dokształcający i na poszczególne kursy seminaryjne będą przyjmowane do 20. III. 1932 r. Pożądane są jak najwcześniejsze zgłoszenia kandydatów na Kurs ze względów organizacyjnych. Wszelkich informacyj udziela i przyjmuje zgłoszenia na Kurs sekretarz Kursu Dr. M. Czyżewski — I. Klinika Chirurgiczna, Nowogrodzka 59, tel. 664-70.

Wnioski uchwalone przez Radę Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej na posiedzeniu w dniu 14. lutego 1932 r. 1. Absolutorjum dla Zarządu Izby. „Na wniosek Komisji Rewizyjnej Rada Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej udziela Zarządowi absolutorjum za rok 1931". 2. Składka na rok 1932. „Rada Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej na posiedzeniu w dniu 14 lutego 1932 r. ustala w myśl § 11 punkt „b" regulaminu wysokość składki członkowskiej na rok 1932 na zł 24". 3. Preliminarz budżetowy. „Rada Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej przyjmuje i zatwierdza preliminarz budżetowy na r. 1932 opracowany przez Zarząd w tej samej wysokości pozycji globalnej, wzywając jednocześnie Zarząd do podniesienia: 1) sumy przeznaczonej Kołu Medyków do wysokości 1000 zł i przeznaczenie tej sumy na fundusz stypendjalny Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej przy Stowarzyszeniu Samopomoc Koła Medyków". II. ofiary na rzecz Rodziny Lekarskiej do wysokości 1000 zł. W związku z poz. V. Preliminarza Rada wzywa swych przedstawicieli do Naczelnej Izby Lekarskiej, aby zgłosili wniosek o zmniejszenie wysokości składek do Naczelnej Izby Lekarskiej". 4. Uchylenie postanowienia w sprawie opłaty za godzinę pracy ambulatoryjnej lekarzy. Rada Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej: 1) uchyla postanowienie Nadzwyczajnego Zgromadzenia Rady w dniu 19 października 1930 r. (Dz. U. Izb Lek. Nr. 5 z dn. 1. XI. 1930 r. str. 117) w sprawie opłaty za godzinę pracy ambulatoryjnej lekarzy, 2) wzywa Zarząd Izby, aby przynajmniej raz do roku przedstawiał Radzie do zatwierdzenia najniższą stawkę wynagrodzenia lekarzy za godzinę pracy ambulatoryjnej. 5. Pomoc lekarzy dla bezrobotnych. 1) Rada Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej wzywa wszystkich członków Izby do moralnego obowiązku opodatkowania się na rzecz bezrobotnych na okres istnienia komitetów do walki z bezrobociem. II. wysokość opodatkowania się wynosić powinna przynajmniej pół % od miesięcznych dochodów każdego lekarza. III. Rada Izby Lekarskiej W. B. nie wątpi, że lekarze, prócz opodatkowania się nie uchylą od udziału w bezpłatnej pomocy lekarskiej dla chorych bezrobotnych, a to przez ofiarowanie miejscowym komitetom określonej ilości bonów na bezpłatne wizyty ordynacyjne. 6. Projekt zmiany systemu ubez-

pieczeniowego. Rada Izby Lekarskiej W. B. poleca Komisji Kasy Pogrzebowej opracowanie projektu Statutu „Wzajemnej Ubezpieczalni Lekarzy" t. j. instytucji opartej na normalnych zasadach asekuracyjnych. 7. Obniżenie zarobków lekarzy. Rada Izby Lekarskiej W. B. wzywa Zarząd do przedstawienia odpowiednim czynnikom wzięcia pod uwagę, przy wymierzaniu podatków, ciężkiego stanu materjalnego lekarzy i obecnego obniżenia zarobków, pozostającego w związku z ogólnym kryzysem społecznym. 8. Wybory uzupełniające do Władz Izby. Rada Izby Lekarskiej W. B. na posiedzeniu w dn. 14 lutego 1932 r. powołała na członków Sądu z listy zastępców: Dr. Piaseckiego Marjana i Dr. Witkowskiego Edwarda, na miejsce rezygnujących — Dr. Beina Kazimierza i Dr. Gębarskiego Stanisława, oraz na zastępców członków Sądu wybrano: Dr. Łażyńskiego Marjana, Dr. Krzywca Jerzego, Dr. Mitkusa Witolda, Dr. Orzecha Mirosława i Dr. Szoura Michała. Do Komisji Kasy Pogrzebowej został wybrany jako czwarty członek Dr. Bieniecki Kazimierz.

Posiedzenie Naukowe Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbyło się we wtorek dn. 1. marca 1932 r. Na porządku dziennym: 1. Brokman H. Poglądy na patogenezę oraz leczenie chorób zakaźnych w związku z zagadnieniem alergji. 2. Kotarska-Dettloff H. i Moczarski W. Ocena niezdolności do pracy w gruźlicy płuc ze stanowiska klinicznego. Część I.

Program kursu dokształcającego dla lekarzy szkolnych (4—16 kwietnia b. r.) organizowanego przez Ministerstwo W. R. i O. P. w porozumieniu z Kierownikiem Poradni Wychowania Fizycznego przy II. Klinice chorób wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego: na temat „Fizjologja i patologja wieku młodzieńczego". I. Zagadnienia z dziedziny medycyny wewnętrznej. a) Zasadnicze pojęcie o konstytucji i o wydzielaniu wewnętrznem. Docent Dr. Włodzimierz Filiński — 2 godz. b) Zarys czynności układu wegetatywnego wraz z próbami badania tego układu — Dr. Eleonora Reicher — 3 godz. c) O przemianie materji przy pracy z uwzględnieniem gimnastyki i sportu. — Dr. Eleonora Reicher — 2 godz. d) O oddychaniu. Doc. Dr. Zdzisław Gorecki — 2 godz. e) O znaczeniu sposobu oddychania dla wyczynu sportowego. Dr. Zbigniew Lewicki — 1 godz. f) Narząd krążenia a praca fizyczna. Dr. Eleonora Reicher — 4 godz. — z ćwiczeniami praktycznemi — 3 godz. g) O wczesnem rozpoznawaniu gruźlicy. Dr. Janina Misiewicz — 4 godz. h) Zasady gimnastyki leczniczej. Dr. Jadwiga Titz. — 2 godz. — z pokazem lekcji gimnastyki leczniczej — 1 godz. — Pokaz lekcji gimnastyki zwykłej z objaśnieniami — 1 godz. i) Wskazania i przeciwwskazania do ćwiczeń cielesnych z punktu widzenia medycyny wewnętrznej. Dr. Eleonora Reicher — 2 godz. II. Zagadnienia z dziedziny chirurgji. Docent Dr. Adolf Wojciechowski. a) Błędy postawy, budowy, wady rozwojowe i inne — 4 godz. b) Wskazania i zakres stosowania gimnastyki leczniczej z punktu widzenia chirurgji — 4 godz. c) Kiedy dziecko powinno być zwolnione z ćwiczeń cielesnych w związku z cierpieniami chirurgicznemi — i na jak długo? — 2 godz. III. Psychopatologja okresu dojrzewania. Zadanie psychologa szkolnego. Dr. K. Mikulski — 3 godz. IV. (Dodatkowe) Schorzenia górnego odcinka dróg oddechowych. Schorzenia uszu. Higjena mowy. Prof. Dr. Jan Szmurło — 3 godz. — Warunki przyjęcia na kurs podane były uprzednio.

W sprawie deklarowania soli kuchennej. W obiegu handlowym znajduje się sól kuchenna w opakowaniach kartonowych z oznaczeniem „chemicznie czysta sól stołowa", za którą pobierane są wysokie ceny. Jest to najczystsza stołowa sól warzonka z saliny w Wieliczce, jednak nie chemicznie czysta. Deklaracja ta więc, jako niezgodna z istotą rzeczy, wprowadza w błąd nabywców, a jednocześnie pozwala na żądanie ceny, właściwej dla produktu wysokowartościowego. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych prosi Pana Wojewodę (Pana Komisarza) o polecenie organom kontrolnym, wykonywującym dozór nad żywnością, zwrócenia uwagi na sposób oznaczania soli stołowej, znajdującej się w obiegu, pobrania prób w przypadkach podejrzenia i przesłania ich do Zakładu badawczego celem stwierdzenia zgodności deklaracji z istotą produktu w myśl przepisu art. 6 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22. III. 1928 r. o dozorze nad artykułami żywności i przedmiotami użytku (Dz. U. R. P. Nr. 36. poz. 343).

Kraków.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie. We środę dnia 2. marca b. r. o godzinie 8 wieczorem odbyło się w sali Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego ul. Radziwiłłowska l. 4. zwyczajne posiedzenie naukowe Towarzystwa Lekarskiego z następującym porządkiem dziennym: 1) Demonstracje chorych z Oddziału I. A., chorób wewnętrznych Szpitala św. Łazarza (Ordynator: Prof. Dr. T. Tempka). 2) Dr. Debora Lazarówna: „Kliniczne znaczenie próby Brugscha".

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. VI. posiedzenie naukowe odbyło się w piątek dnia 26. lutego b. r. Porządek dzienny: 1) Kol. Mackiewiczówna H.: Przypadek sztucznej odmy piers. w przebiegu ciąży i połogu. 2) Kol. Liebhardt St.: O konstytucji płciowej kobiet (wykład). 3) Kol. Elmer K.: Schorzenia stawowe na tle niedomogi tarczycy (wykład).

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. VII. posiedzenie naukowe odbyło się w piątek dnia 4. marca b. r. Porządek dzienny: 1) Kol. Sieradzki: Dochodzenie ojcostwa (wykład). 2. Kol. Ziembicki: Założenie szpitala Bonifratrów, dzisiejszego szpitala wojsk. polsk., we Lwowie (wykład z przeźroczami).

Wybory do Rady Izby Lek. Lwowskiej na trzechlecie 1932—34 odbyły się, jak wiadomo, dnia 6. grudnia 1931. Udział wyborców, w porównaniu z wyborami poprzedniemi, był niezwykle żywy, bo głosowało 75,6% uprawnionych do głosowania. Głosowano na dwie listy, t. j. listę oficjalną Komisji Matki, wybranej na Ogólnem Zebraniu przedwyborczem; i listę, wystawioną przez Okrąg Lw. Z. L. K. Chorych. Przeszła w całości lista Komisji Matki, zawierająca, w myśl ustawy z dnia 2. XII. 1921, 55 nazwisk. Wybrani zostali, prócz kandydatów ze Lwowa, wszyscy kandydaci, przedstawieni, w myśl instrukcji wyborczej, przez Okręgi wyborcze prowincjonalne, mianowicie Drowie: Begleiter H. (Lwów), Bikeles M. (Lwów), Bodnar G. (Przemyśl), Boratyński J. (Stryj), Brejter R. (Lwów), Buraczyński T. (Lwów), Czaczkowski J. (Lwów), Damański E. (Lwów), Damm A. (Lwów), Danielski J. (Tarnopol), Danielski Z. (Lwów), Daum L. (Lwów), Dobrzański S. (Sambor), Doliński E. (Lwów), Exelbirth L. (Lwów), Flis K. (Rudki), Gorczyński L. (Borysław), Hacker D. (Stanisławów), Halban H. (Lwów), Hausmann W. (Stryj), Herscher I. (Tarnopol), Hinze R. (Rzeszów), Hozer J. (Lwów), Kaliniewicz S. (Kołomyja), Kleski A. (Jabłonów), Klisiewicz W. (Rzeszów), Kotiers Z. (Lwów), Kurtz A. (Lwów), Lenartowicz J. (Lwów), Lipiński W. (Lwów), Maciejowicz S. (Sokal), Meisels S. (Lwów), Mikiewiczówna A. (Lwów), Miłkowski L. (Lwów), Mostowy J. (Brzeżany), Nowicki W. (Lwów), Olszański T. (Stanisławów), Opolski J. (Lwów), Ostrowski St. prym. (Lwów), Pohorecki A. (Lwów), Ramer S. (Sanok), Reis W. (Lwów), Rose E. (Rawa Ruska), Rothfeld J. (Gliniany), Rożankowski M. (Kałusz), Salpeter M. (Lwów), Sawicki A. (Kańczuga), Siegel Z. (Krosno), Sochacki W. (Lwów), Süsswein J. (Przemyśl), Świtalski M. (Lwów), Wachnianin M. (Lwów), Wasung M. (Złoczów), Wilder I. (Drohobycz), Zeiger J. (Kołomyja). Różnica głosów między kandydatem wybranym, który otrzymał najmniejszą liczbę głosów, a kandydatami niewybranymi wahała się w granicach od 37 do 129 głosów. Z członków starej Rady przeszło do Rady nowej 22 członków, a zatem wybranych zostało 23 członków nowych.

Sekcja pomocy lekarskiej dla bezrobotnych została zorganizowana przy Miejskim Komitecie pomocy dla bezrobotnych. Izba Lekarska Lwowska wyasygnowała odpowiednią sumę z przeznaczeniem na ryczałtowe wynagrodzenia dla młodszych lekarzy, którzy będą odwiedzać w domu chorych bezrobotnych. Nadto Naczelnik Izby napisał liczne listy do Kolegów zamożniejszych z prośbą o finansowe poparcie tej akcji.

Komisarze Kas Chorych na terenie całej Polski zostali mianowani przez Pana Ministra Pracy i Opieki Społecznej. Objęli oni urzędowanie dnia 1. lutego b. r. Na terenie okręgowego urzędu ubezpieczeń we Lwowie: komisarzem Kasy Chorych w Białej został mianowany — dr. Loteczka Roman, w Bielsku — Wąsowicz Michał, w Chrzanowie — dr. Kolkiewicz Zdzisław, w Częstochowie — Michalski Karol, w Czortkowie — Malski Józef, w Drohobyczu — inż. Biluchowski Zygmunt, w Kielcach — Matula Władysław, w Kołomyi — Dubielecki Władysław, w Krakowie — Pilarz Jan, w Krośnie — Ziens Henryk, w Lublinie — Riedel Gustaw, we Lwowie — dr. Lipski Kazimierz, w Nowym Sączu — Nowakowski Zenon, w Ostrowcu — Frankowski Feliks, w Przemyślu — Pilarz Kazimierz, w Rawie Ruskiej — Bykowski Aleksander, w Rzeszowie — Kaucki Kazimierz, w Sosnowcu — Waligórski Stanisław, w Stanisławowie — Sosnowski Piotr, w Stryju — Dworski Jan, w Tarnopolu — Cieński Witold, w Tarnowie — inż. Głuszczak Łukasz, w Zakopanem — Fikus Henryk, w Zamościu — Niken Władysław, w Złoczowie — dr. Gruber Marceli.

Izba Lekarska Lwowska. Dnia 28 lutego odbyło się zebranie nowowybranej Rady Izby Lekarskiej Lwowskiej na trzechlecie 1932—33, na którem dokonano wyborów Zarz. Izby i jej instytucyj ubezpieczeniowych. Prof. Nowicki, wybrany ponownie naczelnikiem Izby, nieprzyjął wyboru, korzystając z odnośnego artykułu ustawy. Wobec tego dokonano wyboru powtórnego naczelnika Izby. Do Zarządu weszli: Pohorecki A., jako naczelnik, Doliński E. i Reis W., jako zastępcy naczelnika, Danielski Z. pisarz, Damański E. skarbnik, członkowie Flis K., Kotiers Ź., Nowicki W. i Wachnianin M. Zastępcy członków Zarządu: Braiter R., Wilder I., Bodnar G., Mikiewiczówna A., Ostrowski T., Boraczyński T., Allerhand H., Falkiewicz T., Salpeter M. Przedstawicielami do Nacz. Izby: Danielski Z., Daum L., Domaszewicz A., Franke M., Nowicki W., Ostrowski St., Pohorecki A., Ramer S., Świtalski M. Zastępcami: Baranowski T., Czyżewski K., Doliński E., Grek J., Herscher I., Mostowy J., Rosenbaum J., Seidler M., Wachnianin M. Do Sądu Izby: Bikeles E., Bühn St., Bocheński K., Begleiter H., Dmochowski, Damm A., Dobrzański A., Ehrlich D., Groo B., Herman A., Lachowicz Ź., Lipiński W., Mączewski S., Marczyński J., Miłkowski L., Quest R., Ross J., Rothfeld J., Sawicka H., Schusterówna H., Sochacki W., Świtalski M., Wachnianin M., Zion O. Zastępcami: Atlas H., Aleksiewicz A., Chorążak T., Czyżewski K., Falkiewiczowa S., Goldmannówna D., Grzędzielski J., Halpern F., Hilarowicz H., Laskownicki S., Legeżyński S., Meisel H., Mierzecki H., Stefek S., Neumann J., Obmiński K., Oxner, Podoliński A., Progulski, Rosenthal, Sołtysik A., Sosin J., Szulisławska-Lindertowa J., Zając F. Sąd Nacz. Izby: Kuhn A., Nowicki W. Zastępcy: Salpeter M., Zalewski T. Komitet Kasy ubezp. chor. lek.: Jollesówna B., Lipiński W., Salpeter M. Zastępcy: Drak, Zając F. Komitet Kasy Emeryt.: Brajter R., Czaczkowski J., Damm A. Zastępcy: Legeżyński S., Serbeński W. Sąd polubowny Kasy Emer.: Halban H., Hinze R., Kuhn A. Zastępcy: Danielski J., Zgórski K. Komisja rewizyjna: Meisels S., Zalewski T., Zgórski K.

Pan Minister Pracy i Opieki Społecznej wydał rozporządzenie 851. o Radzie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. Nr. 109 z dnia 22. XII. 1931). Rada ta ma być organem doradczym i opinjodawczym przy Ministerstwie P. i O. S. w sprawach, dotyczących ubezpieczeń społecznych.

Z kraju.

Stowarzyszenie lekarzy w Krynicy. W uzupełniu poprzedniego komunikatu czwartego zjazdu lekarskiego w Krynicy mającego się odbyć dnia 15 i 16 maja (Zielone święta) zgłosili jeszcze odczyty następujący koledzy: Dr. Braun Bronisław (Kraków), Dr. Mieczysław Dukiet (Krynica), Dr. Felix Józef (Kraków), Dr. Kmietowicz Franciszek junior (Krynica), Dr. Kubiczek Mieczysław (Kraków), Dr. Sokołowski Adam (Kraków).

Stanowisko ordynatora oddziału chirurgicznego Szpitala dziecięcego im. Vetterów w Lublinie. Wymagana przynajmniej pięcioletnia praktyka chirurgiczna na klinice lub w większym szpitalu. Pożądana znajomość ortopedji dziecięcej. Pobory miesięczne 430 Zł. Podania należy wnosić do 1. marca b. r. Posada do objęcia od 1 kwietnia. Zarząd Szpitala w Lublinie, ul. Staszica 11.

Lekarz, możliwie akuszer, może znaleźć dobre miejsce do wykorzystania zawodu w osadzie Skierbieszów, Woj. Lubelskie (20 km. od Zamościa). Okolica bogata (szosy), gmina liczy 14 tysięcy mieszkaców. Mieszkanie daje gmina. Apteka na miejscu. Lekarza niema. Informacyj udzieli p. Bortnowski. — Skierbieszów koło Zamościa.

Lekarz potrzebny jest dla osady Firley, pow. Lubartowski, Wojew. Lubelskie. Informacyj udzieli apteka W. Wierzbickiego, Firley.

Lekarz potrzebny jest dla miejscowości z 2.500 mieszkańcami. W promieniu 30 km. niema lekarza. Okolica zamożna. Informacyj udzieli apteka K. Skowrońskiego, Sławatyw nad Bugiem, pow. Włodawski, Woj. Lubelskie.

Urząd Gminny Telechany, pow. Kossowski, Woj. Poleskie, potrzebuje lekarza. Do obowiązków jego należy prowadzenie przychodni lekarskiej 4 dni w tygodniu, badanie dzieci szkolnych dwa razy w roku (10 szkół) i szczepienia ochronne. Informacyj udziela Urząd Gminny Telechany, pow. Kossowski (poczta Telechany).

Gmina Raniżów, pow. Kolbuszowa poszukuje lekarza, któremu oferuje: 1200 zł rocznie honorarjum, mieszkanie (3 pokoje i kuchnia), około 2 morgi ogrodu, 4 sągi drzewa opałowego rocznie, zapewniona posada lekarza okręgowego.

Ruch służbowy w Państwowej Służbie Zdrowia za miesiąc styczeń 1932 rok. W Państwowych Zakładach Służby Zdrowia — przeniesieni w stan spoczynku: Dr. Dembicki Ignacy, lekarz zdrojowy w VII. st. sł. w Pań. Zakładzie Zdrojowym w Ciechocinku na podstawie art. 29 znowelizowanej ustawy emerytalnej z dniem 31 stycznia 1932 r. dekretem z dnia 30. XII. 1931 r. — We Władzach II. Instancji — zwolnieni: Dr. Orszulok Paweł, Naczelnik Wydziału w V. st. sł. w Śląskim Urzędzie Wojewódzkim w Katowicach na własną prośbę z dniem 31 stycznia 1932 r. — zmarli: Dr. Gołębiowski Karol, inspektor lekarski w VI. st. sł. w Urzędzie Wojewódzkim w Stanisławowie, zmarł dnia 18 stycznia 1932 r. — We Władzach I. Instancji — przeniesieni: Dr. Kania Franciszek, lekarz powiat. w VII. st. sł. w Starostwie powiatowem w Wieliczce na zasadzie postanowień art. 52 ustawy o państwowej służbie cywilnej i w dotychczasowym charakterze i stopniu służbowem do Starostwa pow. Krakowskiego, dekretem z dnia 26. I. 1932 r. na takież stanowisko. Dr. Lassociński Stanisław, prow. lek. pow. w VII. st. sł. w Starostwie pow. w Grodzisku, na zasadzie art. 52 ustawy o pań. służ. cyw. na takież stanowisko i w dotychczasowym charakterze i st sł. do Starostwa pow. Międzychodzkiego, dekretem z dn. 27. I. 1932 r. Dr. Czepielewski Aleksander, lekarz pow. w VII. st. sł. w Starostwie pow. w Brzesku, na zasadzie art. 52 ustawy o państwowej służbie cyw. na takież stanowisko i w dotychczasowym charakterze i st. sł. do Starostwa pow. w Kamieniu Koszyrskim, dekretem z dn. 27. I. 1932 r. Dr. Rakowski Seweryn, prow. lekarz pow. w VII. st. sł. w Starostwie pow. w Śmiglu, na zasadzie art. 52 ustawy o państwowej służbie cywilnej na takież stanowisko i w dotychczasowym charakterze i st. sł. do Starostwa powiatowego w Sremie, dekretem z dn. 27. I. 1932 r. — przeniesieni w stan spoczynku: Dr. Wysokiński Józef, lekarz powiatowy w VII. st. sł. w Starostwie pow. Kostopolskiem, na własną prośbę z dn. 31. stycznia 1932.

Ze świata.

Münchener med. Woch. 1932 Nr. 7. podaje: Z powodu kryzysu ekonomicznego został Zjazd Niemieckiego Towarzystwa patologicznego odłożony do roku przyszłego.

Międzynarodowy Kogres przeciw reumatyzmowi, który miał się odbyć w roku bieżącym w maju został z powodu ciężkich stosunków ekonomicznych odłożony na czas nieograniczony.

Zmarli.

We Lwowie zmarł w dniu 27 lutego b. r. Dr. Marek Reichenstein w 56 roku życia. Bł. p. Zmarły był długoletnim asystentem Kliniki Chorób wewnętrznych Uniw. J. K. we Lwowie za dyrekcji Dr. Antoniego Gluzińskiego, cieszył się bardzo wielkiem wzięciem jako wybitny internista i dla niepoślednich zalet duchowych powszechnem poważaniem tak wśród kolegów, jak chorych i znajomych.

Redakcja otrzymała.

Bulletin de l'Assotiation pour le développement des relations médicales entre la France et les pays etrangers nr. 13 janvier 1932.

Rassegna internationale di clinica e terapia anno XIII, vol. XIII, nr. 2. 1932.

Mitteilungen des wissenschaftlichen Komitees zur Erforschung und Bekämfung der Kreislaufstörung, nr. 1 i 2 z 1932.

The bulletin of the polish medical and dental Association of America, vol. IV, nr. 4, 1932.

Marzyński J. i L. Silberstrom: Próba serologiczna rakowa Hirszfelda-Halberówny. Odb. z Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego, nr. 2, z roku 1932.

Bibliographie d'hygiène industrielle, vol. V, nr. 4.

Dobro ludu, miesięcznik poświęcony sprawom zdrowia ludu, rok II, nr. 1—2 z roku 1932.

Chatellier H. P. Initiation aux exames courants de la tuberculoses pulmonaire. Masson et Comp. Paris. 1932.

Charier A. et E. Loubat. Traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire. Masson et Comp. Paris. 1932.

Poirier P. et A. Charpy. Traité d'anatomie humaine. Masson et Comp. Paris. 1932.

Gilis P. Anatomie élémentaire des centres nerveux et du sympathique chez l'homme. Masson et Comp. Paris. 1932.

Lebeuf F. et H. Mollard. Les sels d'or en dermatologie et syphiligraphie. Masson et Comp. Paris. 1932.

Pierre-Noël Deschamps. Electrocardiographie clinique. Masson et Comp. Paris. 1932.

H. Schaeffer et El. Biancani. Les agents physiques dans le traitement des maladies nerveuses. Masson et Comp. Paris. 1932.

Belmiro Volvêrde. Archivos do Serviço de vias urinarias da Policlinica Geral do Rio de Janeiro.